Rok XXVII. Kraków, 3 Listopada 1888. Nr. 44.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8. I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Wyniki poszukiwań bakteryjologicznych nad wodą i powietrzem miasta Warszawy.

Rzecz czytana na V. Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie.

Przez O. Bujwida.

Gdy pierwsze prace Pasteura dowiodły, że przyczyną fermentacyi i rozkładu czyli gnicia są drobne żyjątka, bakteryje, gdy pod wpływem nowych pojęć zwrócili się badacze w kierunku poszukiwania przyczyn chorób i po części doszli do wyników pomyślnych, jak Davaine, który odkrył zarazek wąglika, natenczas nieznany dotąd świat najdrobniejszych istot stał się tak pociągającą zagadką, że coraz nowe siły starały się ją badać i rozwiązywać. Nic też dziwnego, że w otaczającéj nas powietrzni oraz w licznych zbiornikach wód poszukiwano drobnoustrojów. Wyniki wszelako nie posiadały przez czas dłuższy ścisłości dla prostéj bardzo przyczyny: oto, znajdowano wprawdzie bakteryje w powietrzu i wodzie, ale nie umiano ich rozdzielić, nie posiadano sposobów określania ich własności, ani nie posiadano sposobu do oznaczania ich ilości chociaż w przybliżeniu. Wiadomo, że pierwotna metoda Pasteura do określenia prątków w powietrzu posiłkowała się kulką z waty strzelniczéj, przez którą powietrze przeciągano, następnie rozpuszczono ją w mięszaninie wyskoku i eteru i badano pod drobnowidem nierozpuszczalną pozostałość. Pomiędzy cząstkami kurzu znajdowały się również i prątki. Jeżeli jednak teraz przy nowszych środkach optycznych trudno jest odróżnić niezabarwione prątki, pojmujemy, o ile trudniejszém było to zadanie dawniéj przy tak niedostatecznych powiększeniach. Sposób późniejszy przez Pasteura również obmyślony polegał na wpuszczaniu pewnéj ilości powietrza do kolbek zawierających wyjałowiony bulijon. Sposób ten był już lepszym, nie pozwalał jednak na rozpoznanie gatunków ani ich ilości.

Nie będziemy zastanawiali się nad temi pierwotnemi sposobami, ani nad ich wynikami bardzo pracowicie zebranemi przez Miquela w paryskiém obserwatoryjum w Montsouris. Powiemy tylko w krótkości, że na niepewnych podstawach nie można było zbudować zadowalających wyników. To też nie możemy przyjmować za ścisłe badania nad ilością prątków w powietrzu podczas różnych miesięcy i zależnością zdrowotności w Paryżu od większéj lub mniejszéj ilości prątków; nie przyjmiemy tych wyników dla tego, że metoda do obliczenia użyta nie zabezpiecza od grubych błędów. Dopiero prace Kocha, ucząc nas sposobu hodowania prątków na podłożach stałych, pozwoliły z całą ścisłością zabrać się do rzeczy. Metoda Hessego polegająca na przepuszczeniu powietrza przez rurę zawierającą galaretę żelatynową pozwoliła bardzo dokładnie mierzyć ilość bakteryj zawartych w pewnéj objętości powietrza, a co więcéj wyhodować w postaci czystych hodowli bakteryje w powietrzu zawarte dając możność nawet odkrycia niektórych prątków chorobotwórczych, które się w powietrzu znajdować mogą, a na galarecie hodują (np. prątki ropne). Później wystąpili inni z nowemi metodami, jak Petri lub Strauss i Wurtz; metody ich atoli nie przedstawiają, mojém zdaniem, wyraźnych korzyści a to z następujących powodów:

1) W powietrzu znajdują się dość liczne prątki, te jednak są powietrzu właściwe i zupełnie nieszkodliwe. Operując więc z większemi ilościami powietrza, jak chcą wymienieni badacze, dochodzimy do większéj ilości owych nieszkodliwych bakteryj, które osiadając na podłożu pokryją sobą nieliczne mogące się znajdować bakteryje chorobotwórcze.

2) Obie metody mają ważną niedogodność, mianowicie jedna i druga wprowadza obce ciała (Petri piasek, Strauss i Wurtz oliwę), które znajdując się obok kolonij prątkowych utrudniają badanie.

To też jak dotąd metoda Hessego zdaje się być najlepszą, za jéj właśnie pomocą uskuteczniliśmy badania powietrza, których wyniki mamy przed sobą. Sposób wykonania był następujący: przez rurę Hessego, zawierającą zwykłą odżywczą galaretę starannie wyjałowioną, rozpostartą na dnie

téjże rury w postaci jednolitéj warstwy, przepuszczaliśmy powietrza z szybkością przez 5 minut litr. Po przepuszczeniu w ten sposób 5 litrów powietrza zamykaliśmy otworek wchodowy kauczukową kapką. Po 5—7 dniach znaleziono bardzo widoczny rozwój kolonij bakteryj w postaci różnéj wielkości, kształtu i koloru plamek rozsianych po powierzchni galarety bliżéj otworu wchodowego. Na końcu galarety oraz na watowéj zatyczce zamykającéj otwór wchodowy kolonije nie rozwijają się, co najlepiéj dowodzi, że wszystkie znalazły się już w pierwszéj połowie rury.

Teraz za pomocą długiego drucika platynowego wyjmujemy kolejno kolonije i badamy pod mikroskopem lub wykonywamy szczepienie próbne na zwierzęciu. W ten sposób w ciągu lat 1886, 1887 i 1888 znaleźliśmy 48 różnych gatunków bakteryj w powietrzu Warszawy. Pomiędzy niemi jednak nie znaleźliśmy wcale znanych chorobotwórczych, jakkolwiek robiliśmy poszukiwania w mieszkaniach, szpitalach, na ulicach, w teatrze, suterenach itp.

Oto wnioski, które czynimy na zasadzie naszych dotychczasowych badań:

1) W powietrzu w ogóle nie znajdują się bakteryje chorobotwórcze. Ztąd wniosek dla chirurgii: przy opatrunkach powietrze nie gra w zakażeniu żadnéj roli (lub też może bardzo nieznaczną) nie potrzeba zatém odrażać powietrza w salach operacyjnych.

2) Bakteryje nieszkodliwe znajdowane w powietrzu, zastrzyknięte do krwi lub pod skórę zwierzętom nie sprowadzają żadnych następstw, z wyjątkiem jednego gatunku, który czasem wywołuje ropnie (po zastrzyknięciu w wielkiéj ilości).

3) Ilość bakteryj zależy: od wiatru lub innego ruchu powietrza; ruchu ludzi, wilgotności atmosfery. Wiatr unosząc z kurzem bakteryje pomnaża ich ilość w powietrzu. Deszcz lub śnieg oczyszczają zupełnie powietrze od bakteryj. Gdy powierzchnia ziemi pokryta śniegiem, powietrze zawiera bardzo mało bakteryj.

4) W mieszkaniach o dobréj wentylacyi i spokojném powietrzu bakteryj mamy mniéj niż na ulicach, mianowicie podczas ruchu. Im ludniejsze ulice, tém więcéj bakteryj w powietrzu.

5) Najgorszém pod względem zawartości bakteryj okazało się powietrze suteren i miejsc przepełnionych ludnością, np. sal wykładowych.

6) Jakkolwiek w powietrzu nie znajdujemy bakteryj wyraźnie szkodliwych, to jednak znalezienie wielkiéj ich ilości wskazuje zanieczyszczenie powietrza częściami nieodpowiedniemi do oddychania i mechanicznie mogącemi drogi oddechowe podrażniać. Najodpowiedniejszém, zdaniem naszém, będzie powietrze mieszkalne, zawierające nie więcéj nad 80 a uliczne nad 60 bakteryj w 10 litrach przy spokojném powietrzu.

W wodzie znajdujemy przedewszystkiém daleko większe ilości bakteryj. Jeżeli w dobrém powietrzu ilość bakteryj wynosi w 100 litrach 300 (w 10—30) to w dość dobréj wodzie taż sama ilość będzie w 1sz.cm., czyli dobra woda zawiera 100.000 razy więcéj bakteryj niż dobre powietrze.

Badanie wody wykonywamy w następujący sposób nieco odmienny od pierwotnie używanego przez Kocha a zarazem daleko ściślejszy. Do 9cm.sz. gelatyny odżywczéj dolewamy za pomocą wyjałowionéj szklanéj pipetki 1cm.sz. wody, mięszamy i wylewamy na szklaną wyjałowioną płytkę. Po zastygnięciu umieszczamy płytkę pod dzwonem szklanym. Gdy sądzimy, że woda zawiera więcéj niż tysiąc bakteryj w 1cm.sz., natenczas z pierwszéj probówki bierzemy 1cm.sz. czyli $^1/_{10}$ część c. wody i wlewamy do świeżéj galarety w ilości również 9cm.sz. Możemy w ten sposób zrobić jeszcze parę rozrzedzeń, zawierających $^1/_{100}$, $^1/_{1000}$ część cm.sz. wody. Po kilku dniach każdy prątek daje początek kolonii widzialnéj gołém okiem. Jeżeli ich będzie więcéj niż tysiąc na płytce, natenczas liczenie będzie utrudnioném i wtedy liczymy bakteryje na płytce zawierającéj $^1/_{10}$ lub $^1/_{100}$ wody, gdzie bakteryje będą bardziéj odległe. W ten sposób możemy z całą ścisłością obliczyć, a za pomocą mikroskopu i doświadczeń na zwierzętach dokładnie rozpoznać badane bakteryje. Oto wyniki, któreśmy otrzymali z wodą warszawską: 1) Woda wiślana powyżéj miasta zawiera średnio około 300 bakteryj, poniżéj miasta zaś i w środku około 50.000 w 1cm.sz. Chorobotwórczych nie znaleziono. 2) Po przesączeniu przez obecnie działające filtry piaskowe zakryte u góry, ilość bakteryj spada do 30—40 w 1cm.sz. 3) Woda źródlana zawiera od 20—60 bakteryj. 4) Woda studzienna zawiera różne ilości, w ogóle większe od wody wiślanéj powyżéj miasta, a tém bardziéj od wody filtrowanéj. 5) Domowe filtry nie oczyszczają wody od bakteryj. Wyjątek stanowi „filtr Chamberland“, który przez pewien czas po wyjałowieniu w gorącéj parze wodnéj daje wodę wolną zupełnie od bakteryj, w ciągu jednak 15—30 dni musi uledz na nowo wyjałowieniu, gdyż bakteryje rozmnażają się w saméj masie filtra. 6) Im więcéj części organicznych, kwasu azotowego i innych ilości chemicznych, tém więcéj bakteryj znajduje się w wodzie. W obec tego analiza bakteryjologiczna ma przewagę nad chemiczną jako łatwiejsza do wykonania i czulsza.

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do histologii choroby Brighta.

Napisał
Dr. Andrzéj Obrzut,
docent anatomii patologicznéj i I. asystent powyższego zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Nieco odmiennie przedstawiają nam się przestwory te w piramidach. I tutaj naczynia krwionośne są znacznie porozszerzane w porównaniu z prawidłową nerką, mniejsze rozszerzenie okazuje tkanka łączna międzykanalikowa, tylko na niektórych miejscach ma to miejsce w znaczniejszym stopniu. Tato tkanka łączna jest jużto włóknistą jak w stosunkach prawidłowych, jużto przestwory międzykanalikowe straciły wszelką budowę, a przybrały wejrzenie szkliste z bardzo skąpemi jądrami podobnemi do leukocytów. Względnie często można tu spotkać większe naczynia zaczopowane a otoczenie ich na dosyć znaczne przestrzenie szklisto zwyrodniałe. To zwyrodnienie pod wielu względami zasługuje na uwagę. Mianowicie mamy przed sobą masy zupełnie szkliste rozpadające się na pojedyncze grube pozaginane lub proste postronki, między niemi wąziutkie szczeliny w postaci białych linijek. W tychto szczelinach gdzieniegdzie nieregularnie porozszerzanych widać ciałka krwi czerwone i białe. Barwa tych mas jest po większéj części szaro-biaława, miejscami z ciemniejszym odcieniem. Na brzegach jednak często barwa ta przechodzi w cisawo-zielonawą zupełnie identyczną z barwą ciałek krwi czerwonych nieodbarwionych. Często tu można zauważyć zlewanie się tych ciałek w masy jednolite, które nieznacznie przechodzą w owe jasno i ciemniéj brunatne wyżéj wspomniane. W ogóle odbiera się wrażenie, jakoby ta istota szklista była konglomerowanemi ciałkami czerwonemi. Za tém przemawia także ta okoliczność, że wśród istoty téj rozmieszczone są leukocyty w tym stosunku ilościowym, jak to odpowiada krwi w naczyniach lub w wybroczynach.

Z kłębkami, których zmiany zasługują także na szczególną uwagę, załatwię się mimo tego w krótkości. Przedstawiają one tę postać zapalenia, którą jako *Glomerulo-capillaritis* opisałem. Zmiany w świetle naczyń kłębkowych są tu identyczne ze zmianami opisanemi powyżej w naczyniach włosowatych międzykanalikowych, t. j. powstaje tu tkanka łączna śródwłosowata z składników krwi, mianowicie z ciałek czerwonych i białych. Przybłonki tak torebkowe, jakotéż pokrywające pętle naczyniowe, nie okazują bujania, gdzieniegdzie w pierwoszczu tych ostatnich nieznaczne zwyrodnienie tłuszczowe. Torebka Bowmana po większéj części cienka, delikatna z niskiemi nieobrzmiałemi przybłonkami, często jednak zgrubiała szklista. Naczynia krwionośne naokolotorebkowe także znacznie porozszerzane, w otoczeniu ich tkanka łączna okazuje podobne własności jak w reszcie kory. Delikatne włókienka tam opisane i tutaj są stałém zjawiskiem a komunikują z torebką Bowmana. Przy saméj torebce często ułożone są ciałka krwi czerwone w jednym szeregu pokrywając ją na mniejszym lub większym odcinku. Mała tylko ich część ma kształt okrągły, zwykle są one ku torebce przypłaszczone, a końce ich zlewają się z sąsiedniemi tak, że na pewnych miejscach na zewnętrznéj powierzchni cienkiéj torebki spotykamy wąziutki pasek istoty optycznie identycznéj z ciałkami czerwonemi. Barwa cisawo-zielonawa właściwa téj istocie i ciałkom czerwonym ciemnieje w pewnych miejscach, zlewa się w jednę całość z torebką i stanowi jéj szkliste zgrubienie.

Przychodzimy teraz do kanalików kory. Szerokość ich odpowiada wszędzie stosunkom prawidłowym. Pierwoszcze przybłonków po większéj części okazuje różne stopnie rozpadu ziarnistego, jądra jednak są zwykle bez żadnych zmian. Zwłaszcza brzegi wolne pierwoszcza nierówne, jakby ponadgryzane, prążkowatość części podstawowéj nigdzie niewidoczna, natomiast często tu widać kropelki tłuszczu czarno zabarwione. Tylko w nielicznych kanalikach przybłonki zupełnie się rozpadły, a *membrana propria* jest obnażona. Jakichś wakuol lub pęcherzyków nie widać nigdzie.

Najbardziéj uderzającym objawem są wybroczyny w kanalikach. Wybroczyny te pod względem przemian, jakim krew ulega, przedstawiają wiele właściwości. I tak albo ciałka krwi wypełniają całe światło kanalika, kontury ich zupełnie wyraźne, zabarwienie prawidłowe cisawo-zielonawe (preparaty safraninowe), albo pewna część ciałek jakkolwiek zachowała kontury, straciła jednak zupełnie swój barwik; ciałka prawidłowo zabarwione znajdują się tuż obok bezbarwnych; raz pierwsze, drugi raz drugie liczebnie przeważają, lub same stanowią treść kanalika. Często daléj na obwodzie takiéj wybroczyny ciałka czerwone zlały się w jednę masę i stanowią obwódkę cisawo-zielonawą dla ciałek środkowych odbarwionych. W innych razach znajdujemy wśród ciałek odbarwionych grubą siatkę z istoty o téj saméj barwie z ciałkami czerwonemi prawidłowemi. Powstawanie téj siatki z prawidłowo zabarwionych ciałek czerwonych przez pewne ugrupowanie się ich i następne zlanie daje się z łatwością wykazać. W krwi w ten sposób przemienionéj bardzo często znajdują się okrągłe lub owalne otworki w wielkiéj nieraz ilości ułożone już to przy brzegach, jużto w środkowych częściach. Otrzymuje się wrażenie, jakoby w pewnych miejscach całe grupy ciałek odbarwionych straciły swoje kontury i tym sposobem dały początek owym wakuolom. Oprócz tych przemian istnieje jeszcze przemiana ziarnista i szklista ciałek czerwonych, ta ostatnia z zabarwieniem prawidłowém ciałkom odpowiadającém lub bezbarwna z różnemi odcieniami między jedną a drugą. Gdy wszystkie ciałka znajdujące się w pewnym przekroju kanalika uległy téj zmianie, co najczęściéj widać w piramidach, mamy wtedy przed sobą wałeczki szkliste lub delikatne ziarniste, często z wakuolami. Jeżeli przypadkowo w dotyczącym kanaliku wśród ciałek czerwonych znajdowało się jedno lub więcéj ciałek białych, to spotykamy je i w późniejszym wałeczku z takiéj wybroczyny do kanalika powstałym. Między zadrażnieniem przybłonków a temi wszystkiemi zmianami krwi wynaczynionéj nie można było wykryć żadnego stosunku. Granica między wybroczynami a przybłonkami wszędzie była widoczna. Często powłoka przybłonkowa była jakby przez ucisk ciałkami czerwonemi zwężona. Obok kanalików zupełnie w całém świetle krwią wypełnionych znajdujemy krew w kanalikach i w mniejszéj ilości, często tylko po kilka ciałek czerwonych mniéj lub więcéj zmienionych, zawieszonych w istocie siatkowatéj o różnie wielkich oczkach okrągławych lub nieregularnych. Tylko w małéj liczbie kanalików wśród mas ziarnistych znajdował się siatkowaty włóknik, którego włókienka nawet najdrobniejsze nadzwyczaj żywo barwią się safraninem lub gencyjaną.

Jeszcze trzy podobne przypadki miałem sposobność zbadać. Nieznaczne i to tylko ilościowe były między niemi różnice, dla tego nie zajmnę się ich opisywaniem. Natomiast zastanówmy się nieco bliżéj nad przypadkiem powyżéj przedstawionym. Jakkolwiek zmiany okazywały różne stopnie natężenia sprawy zapalnej, to przecież były one rozlane po całym miąższu nerkowym, a była to część tkanki łącznéj z wszystkiemi naczyniami, która była ich siedzibą. Zmiany na właściwym miąższu nerkowym, t. j. na jego przybłonkach, były w porównaniu z zadrażnieniem naczyń i tkanki łącznéj tak nieznaczne, że przypadek ten może nam posłużyć za typ *nephritis interstitialis diffusa acuta*. Zmiany w naczyniach włosowatych międzykanalikowych i w naczyniach kłębków były takie same. Sprawa zapalna objawić się tu musiała równocześnie na wszystkich naczyniach i to w obec nieznacznych zmian na wszystkich przybłonkach przypuścić musimy za jéj punkt wyjścia. Pod względem etyjologicznym przypadek ten o tyle budzi interes, że nie byłato tylko *glomerulonephritis scarlatinosa*, ale także równocześnie *nephritis diffusa*.

Zmian, których siedzibą były naczynia krwionośne i najbliższe ich otoczenie, nie jesteśmy w stanie wytłumaczyć sobie na zasadzie naszych dotychczasowych wiadomości o sprawie zapalnéj plastycznéj, najmniéj zaś przypuszczeniem bujania komórek stałych, śródbłonków naczyń. Na preparatach mych z całą dokładnością były widoczne śródbłonki naczyń, ilość ich była zupełnie prawidłową, t. j. bardzo skąpa, na ich jądrach nie zauważyłem zmian żadnych, z którychby wnosić można było o ich czynności proliferacyjnéj. To źródło zatém siatki między- i śródwłosowatéj z całą stanowczością musimy wykluczyć.

W obec prawidłowo cienkich ścian naczyń włosowatych często zaledwie dostrzegalnych z powodu zapalnego ich rozszerzenia, owa siatka wśródwłosowata tylko jeszcze widoczniejszą była. Co do objawów na ciałkach czerwonych spostrzeganych wszystkie wiadomości, jakie mamy o tych składnikach krwi, nie dają nam żadnego wyjaśnienia, mimo to przypuścić je muszę jako fakt rzeczywiście przezemnie spostrzegany, chociaż tak niezgodny z panującemi dziś zapatrywaniami na zapalenia produktywne. Teza Virchowa *omnis cellula e cellula* okazała się prawdą niezbitą. Niczém jednak nie udowodniono do dnia dzisiejszego, jakoby każde włókienko tkanki łącznéj pochodziło z komórki czyto przez wydzielinę z pierwoszcza, czy też przez jego przemianę. A przecież tworzenie się tkanki łącznéj w sprawach produktywno-zapalnych jest objawem niemniéj ważnym niż pozostawanie komórek nacieku zapalnego.

W rozszerzonych przestworach międzykanalikowych widzieliśmy między prawidłowo cienką *membrana propria* kanalików a cieniutką i jasno widoczną ścianą naczyń włosowatych siatkę tkanki łącznéj o bardzo delikatnych włókienkach i oczkach różnéj wielkości. Trudno przypuścić, jakoby ciałko białe niekiedy na znacznéj przestrzeni tylko jedno lub komórka przybłonkowa, jeżli przypadkiem w są-

siedniém naczyniu włosowatém się znajdowała, dała początek téj siatce tak szerokiéj. Włókienka téj siatki miały barwę hemoglobiny na wielu miejscach, w jéj punktach węzłowych często znajdowały się ciałka krwi czerwone z wypustkami komunikującemi z włóknami owéj siatki, oczka wreszcie téj ostatniéj były często co do kryształków i wielkości równe ciałkom czerwonym. Trudno jest skonstruować sobie cały obraz przemian, jakim ulegać muszą ciałka czerwone, aby dały początek owéj sieci, niemniéj trudno pojąć, dla czego hemoglobina z pewnych ciałek zupełnie znika, w innych pozostaje lub gromadzi się na ich obwodzie lub pewnych jego punktach, dla czego kontury ciałek zanikają i te potém zlewają się w masy jednostajne niekiedy rozgałęzione z wypustkami. Wszystko to jednak ma miejsce i zjawiska te potrzebujące jeszcze w bardzo wielu punktach wyjaśnienia musimy wprowadzić w ścisły związek z powstawaniem siatki łączno-tkankowéj zewnątrz- i śródnaczyniowéj. Trudno przytém oznaczyć dokładnie rolę ciałek białych. Przypuścić można, że one mieć mogą wpływ na całe dalsze ukształtowanie się téj tkanki łącznéj, na kierunek włókien, na zbitość i na jéj stosunki odżywcze.

Oprócz przemiany składników krwi w tkankę łączną w samych naczyniach, powstawanie takiéj saméj tkanki łącznéj poza obrębem naczyń musiało poprzedzać wyemigrowanie tych składników. Nic téż przypuszczeniu takiéj emigracyi się nie sprzeciwia, przeciwnie wszystko świadczy za nią. Wszak znaleźliśmy poza obrębem naczyń, mianowicie włosowatych, niekiedy liczne ciałka czerwone i białe, te pierwsze w różnych okresach przemiany, bardzo liczne wybroczyny w kanalikach, bardzo znaczne rozszerzenie naczyń w przestworach międzykanalikowych przebiegających. Że do tych rozszerzonych przestworów międzykanalikowych nietylko same części płynne zostały z naczyń przesączone, że nie jest to tylko zapalny obrzęk (*entzündliches Oedem*, Ziegler), za tém przemawia cała postać téj siatki okołowłosowatéj, jéj wyraźne cechy organizacyi, jakotéż ta okoliczność, że jak to jeszcze w przewlekłych postaciach zobaczymy, ta siatka, która według Zieglera jest tylko skrzepem części płynnych krwi, przechodzi bezpośrednio w tkankę łączną prawdziwą. Nie jest daléj siatka ta włóknikiem, bo się nie barwi ani safraninem ani gencyjaną, nie jest wreszcie skrzepem części płynnych powstałym w skutek działania na preparat płynów twardzących np. alkoholu, bo objaw ten da się widzieć i na preparatach świeżych, przy których nie użyto żadnych płynów twardzących (preparaty mikrotomem zamrażającym wykonane).

Oprócz téj przemiany włóknistéj ciałek czerwonych zauważyliśmy inną jeszcze tak zwaną szklistą w otoczeniu torebki Bowmana. W późniejszych przypadkach poznamy podobną przemianę w naczyniach włosowatych kłębków, około kanalików, na zewnętrznéj powierzchni torebki i bardzo często w około większych naczyń.

Krew wynaczyniona do kanalików ulega rozpadowi ziarnistemu lub przemianie szklistéj dając tém początek wałeczkom ziarnistom i szklistym. Nie jestto zatém białko przesączone do kanalików i w nich skrzepłe, jak to w niedawnéj publikacyi przypuszczają Török i Pollak [1]), lecz krew z swemi wszystkiemi składnikami. Dokładna obserwacya przemian, jakim krew w kanalikach ulega, wszystkie postacie przejściowe między krwotokiem a wałeczkiem stanowczo zatém przemawiają. Że wałeczki nie są skrzepem, świadczy już ta okoliczność, że nie dają oddziaływania włóknika. Światło kanalików, jak to zobaczymy, jest często miejscem powstawania włóknika, ale obraz histologiczny w tych razach jest zupełnie inny.

Następne przypadki dostarczą nam dalszych argumentów na poparcie tego zapatrywania. (C. d. n.)

[1]) *Über die Entstehung der homogenen Harncylinder und Cylindroide. Archiv f. exper. Pathologie und Pharmakologie,* tom 25, I, str. 87.

III. O Thure Brandtcie i jego metodzie leczenia cierpień ginekologicznych.

Skreślił Dr. Henryk Jordan,
Doc. Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Najczęstszym zabiegiem wykonywanym przez Br. bywa m i ę s i e n i e (*massage* w ścisłém znaczeniu tego słowa), bo téż Br. masuje w najrozmaitszych cierpieniach ginekologicznych, ale w rozmaitym zamiarze, u poszczególnych więc pacyjentek w rozmaity sposób; u jednych rozprowadza masażem treść naczyń limfatycznych i krwionośnych z okolicy chorobą zajętéj ku zdrowemu obwodowi, przez co nerwy, naczynia krwionośne i limfatyczne od ucisku uwalnia; szybko ustępuje w takim razie bolesność a wessanie bywa przyspieszone; u drugich mięsieniem pobudza narządy włókna mięsne zawierające (macicę, więzadła krzyżowo-maciczne) do silnych skurczów, podczas gdy u trzecich lekkiém dotykaniem usiłuje inerwacyję podniecić a przez to krążenie i odżywianie przyspieszyć. Odpowiednio do tego masuje Br. macicę, jéj otoczenie, jajnik, więzadła, raz lekko, to znów całą siłą stosownie do celu, jaki mięsieniem osiągnąć zamierza. Masuje się tylko ręką prawą na podbrzuszu położoną, wykonywając ruchy trojakiego rodzaju, mianowicie: ruchy drżące, koliste i gniotące. Wykonywając ruch drżący opiera się palce na powłoce brzusznéj wprowadzając rękę w szybkie drganie, przy ruchu kolistym określa się ostatnią falangą palców małe koła, przyczém cała odnoga górna w stawie barkowym poruszaną bywa; ugniatać można stosownie do przestrzeni bądź końcami palców bądź nawet całą dłonią. Nigdy nie masuje się palcem w pochwie leżącym, który, o ile możliwe nieruchomie spoczywać powinien i podpiera tę część, którą ręka zewnętrzna właśnie masuje. W początku leczenia należy zawsze krótko i lekko masować i raczéj tylko w okolicy miejsca chorego, a dopiero następnie skoro bolesność ustąpiła, masuje się coraz dłużéj i mocniéj (5 do 15 minut), jeśli w ogóle silniejszy masaż jest wskazany (jak w przypadkach starych wysięków, *infarctus uteri*). Rozpoczynać należy w okolicy *promontorium*, aby w téj okolicy przebiegające grubsze pnie naczyń limfatycznych wypróżnić, ztąd przechodzi się w obwodzie ściany miednicy ku przodowi; masując chore więzadło szerokie, rozpoczyna się od zewnętrznego jego końca i powoli postępuje się ku brzegowi macicy, zawsze od zewnątrz ku środkowi; masując trzon macicy prowadzi się palec od dna ku ujściu wewnętrznemu a równocześnie ku bocznym brzegom macicy, a masując szyję, od ujścia zewnętrznego ku ujściu wewnętrznemu. Zawsze można masować tylko jednę ścianę, t. j. tę, która ku jamie brzusznéj jest zwróconą, dla drugiéj wystarcza podpieranie palcem w pochwie leżącym. Masując wielkie wypociny okołomaciczne albo najbliższe otoczenie jajnika korzystnie jest podpierać palcem *per rectum* a nie przez pochwę. Lekkie drżące ruchy

wykonywa się w przypadkach, gdzie jest wielka bolesność, zresztą robi się ruchy koliste.

Największéj liczby pacyjentek dostarczają Brandtowi wypociny zapalne tak około macicy jak i około jajnika usadowione oraz krwisteki (*haematocele*); na jedynaście pacyjentek, które u Brandta obserwowałem, było wysięków pięć i jeden przypadek krwisteku z wysiękiem. W przypadkach świeżych wysięków osiąga Br. swoją metodą zdumiewająco świetne rezultaty; widziałem wypociny wielkości gęsiego jaja wessane bez śladu po dwutygodniowém leczeniu, a z krwisteku otoczonego wypociną i przedstawiającego w tylném sklepieniu obrzęk wielkości pięści, pozostała jeszcze po tym samym czasie warstwa najwyżéj grubości palca. O wiele trudniejsza jest sprawa z staremi wysiękami; ostatecznie i te miękną zwykle i bywają wessane ale leczenie trwa niekiedy kilka miesięcy i dłużéj a zaostrzenia choroby przydarzać się mogą. Podczas gorączki choréj Br. zwykle nie masuje, tylko w razie silnych bolów robi lekkie ruchy drżące w okolicy miejsca chorego i zaleca zimne (lodowe) okłady; po ustąpieniu gorączki pozwala choréj wstawać i rozpoczyna swoje leczenie początkowo oczywiście nader lekko i krótko, masując raczéj otoczenie wysięku niż sam wysięk. Przy wielkiéj wypocinie robi t. z. *mälning*, t. j. koniec palca w rectum będącego przesuwa po obu bocznych ścianach miednicy od zewnątrz ku wewnątrz, ku promontorium, aby tu przebiegające naczynia limfatyczne opróżnić.

Metritis w rozmaitych swych okresach dostarcza także Brandtowi wielkiéj liczby pacyjentek; w przypadkach świeżych, w których obrzmienie macicy jest następstwem niedostatecznéj inwolucyi połogowéj, można masażem macicę w krótkim czasie do stanu prawidłowego doprowadzić, ale trzeba miesić lekko raz na dzień, szczególnie jeżeli jest skłonność do krwotoków lub obfitéj menstruacyi, gdyż masowanie silne powiększa przekrwienie i krwotoki. Silnie natomiast trzeba miesić macicę obrzmiałą a twardą; w tych przypadkach ma być także wynik leczenia świetny według zapewnień nietylko Brandta ale i tych lekarzy, którzy przez kilka miesięcy w Stokholmie u niego przebywali (Saifert, Resch), i naocznie o tém mogli się przekonać; macica maleje i mięknie, owrzodzenia goją się zupełnie, upławy ustają, i kobieta miesiączkuje prawidłowo; leczenie trwa jednak długo, częstokroć kilka miesięcy, w których Br., codziennie i podczas regularności przez 10 do 15 minut macicę silnie masuje; skoro są upławy bardzo obfite, poleca Br. nadto robić raz na dzień wstrzykiwanie wodą letnią czystą lub z dodatkiem małéj ilości ałunu. W przypadkach zaniku macicy po połogu i w przypadkach wrodzonego niedostatecznego jéj rozwoju z następowém skąpém i nieregularném miesiączkowaniem radzi Brandt miesić lekko, krótko a często (2 razy dziennie), aby w ten sposób podniecić unerwienie macicy, przyspieszyć w niéj krążenie krwi i poprawić odżywienie. Podobnie jak wypociny okołomaciczne leczone bywają także obrzmienia zapalne około jajnika lub wzdłuż jajowodu usadowione. Wreszcie wspomnieć wypada, że Br. miesi całe otoczenie macicy we wszystkich przypadkach jéj obniżenia i opadnięcia celem ożywienia i zjędrnienia aparatu podtrzymującego macicę w prawidłowém położeniu. Miesiączkowanie nie przeszkadza miesieniu, które wręcz wzbronione jest tam, gdzie istnieje podejrzenie, że ropień się tworzy, jakotéż u kobiet zakażonych jadem rzeżączkowym.

Z mistrzowską wprawą prostuje Br. macicę przegiętą ku tyłowi oraz rozluźnia przyczepiny, które ją do okolicznych części przytwierdzają, nie używając w tym celu prócz palców żadnych narzędzi. Rzadko kiedy prostuje macicę tylko palcem w pochwie będącym, zwykle używa dwóch palców: wskaziciela *per rectum* i palca wielkiego w pochwie leżącego a nadto ręką zewnętrzną przez powłoki brzuszne. Pacyjentka może mieć rozmaitą pozycyję podczas tego zabiegu, albo stoi, albo leży *à la vache* lub na krzyżach. U stojącéj pacyjentki prostuje w łatwych przypadkach macicę jednym palcem w ten sposób, że wskazicielem lewym w pochwie leżącym podnosi trzon ku górze, a skoro go do pewnego stopnia unieść zdołał, nie usuwa jeszcze końca palca od macicy, lecz zwraca go tak, aby pierwsza falanga skośnie na przodkową ścianę szyi przypadła, którą téż natychmiast silnie ku tyłowi spycha. W téj saméj pozycyi pacyjentki jako téż w pozycyi *à la vache* używa do sprostowania mocno zgiętéj i wielkiéj macicy dwóch palców w ten sposób, iż wskazicielem spycha przez ścianę kiszki stolcowéj dno macicy ku przodowi i ku dołowi, podczas gdy palec wielki w pochwie szyję maciczną ku górze i ku tyłowi wypycha. Według téj saméj zasady postępuje, jeżeli pacyjentka leży na wznak, dopomaga jednak sobie przytém zawsze ręką prawą, któréj palce przez powłoki brzuszne poza dno macicy wprowadzić usiłuje. W takich przypadkach, w których okolica przegięcia jest bardzo wiotką tak że podczas ugniatania szyi macicznéj ku tyłowi i ku górze kąt zagięcia się powiększa, usiłuje Br. podnosząc wskazicielem trzon macicy przez odbytnicę ku górze i ku przodowi palec wielki w pochwie powyżéj ujścia wewnętrznego umieścić; niekiedy natomiast spycha szyję maciczną ku tyłowi nietylko palcem w pochwie leżącym ale równocześnie i palcami ręki prawéj przez powłoki brzuszne, mianowicie jeżeli widzi, że macica jest jędrną a jéj część pochwowa mocno ku przodowi jest zwrócona, ale skoro tylko spostrzeże, iż skutkiem tego trzon macicy ku górze nieco się podniósł, ujmuje ręką zewnętrzną dno i przegina je ku przodowi. Postępując w jeden z wymienionych sposobów można zawsze macicę ku tyłowi przegiętą, ale wolną, sprostować bez wysiłku, jeżeli się to atoli nie udaje, co dowodzi, że macica jest w swém złém położeniu stale utwierdzoną, Brandt nie radzi używać siły i gwałtowném prostowaniem przerywać przyczepiny macicę stwierdzające, jak czyni Schultze. Szuka on w takich przypadkach przyczyny, dla czego macica sprostować się nie daje, a znalazłszy ją bądź w przyczepinach od tyłu, bądź od przodu, bądź w skróconém więzadle, miesi odpowiednie miejsce i naciąga, powoli jednak i bardzo ostrożnie dzień po dniu, ciągle powtarzając: lepiéj mniéj niż za dużo naraz; (nie miał téż, jak zapewnia, na tysiące trudnych przypadków żadnego nieszczęśliwego), dopóki mu się wreszcie sprostowanie nie uda. Skrócone więzadło szerokie wydłuża przez miesienie i spychanie macicy w kierunku przeciwnym, przyczepiny przedniéj ściany naciąga spychaniem szyi macicznéj ku tyłowi, a te, które macicę od tyłu przytwierdzają, powolném spychaniem dna macicy ku przodowi i ku górze palcem w kiszce stolcowéj umieszczonym i miesieniem téj okolicy, o ile dla palców ręki zewnętrznéj jest dostępną. Krążków zakładanych powszechnie celem podtrzymania sprostowanéj macicy w prawidłowém położeniu Br. nigdy nie używa; zdaniem jego bowiem mały krążek nie przeszkodzi macicy ponownie się przegiąć w dawne złe położenie; a wielki krążek sprowadza przez ciągłe ugniatanie coraz większą wiotkość aparatu podtrzymującego macicę, któréj dno przecież i tak ponad górnym łukiem krążka (Hodgego) może się ku tyłowi przechylić, jak długo nie jest

usuniętą przyczyna, która tyłozgięcie wywołała. Najmniéj przeciwny jest Br. krążkom Schultzego postaci ósemki, ale i tych sam nigdy nie używa. Macicę raz sprostowaną ale powracającą do złego położenia prostuje codziennie przez kilka niekiedy tygodni, mięsi też jéj kąt zagięcia oraz naciąga i mięsi daléj tę okolicę jéj otoczenia, w któréj znajduje przyczynę wprowadzającą ją w złe położenie; na dokończenie kuracyi robi t. zw. unoszenie macicy (*Uterushebung — lüftung*) celem pobudzenia włókien mięsnych więzadeł maciczno-krzyżowych (*lig. sacro-uterina*) do energicznego działania a więc celem wzmocnienia aparatu podtrzymującego macicę, w ten sposób utrwala ją w prawidłowém położeniu, co się innym nie zawsze za pomocą krążka udaje.

Zabieg unoszenia macicy wynaleziony przez Brandta jest pierwszym, od którego rozpoczął swoją praktykę ginekologiczną i którego wyłącznie używał aż do roku 1876 w przypadkach wypadnięcia i obniżenia macicy; tym jedynie zabiegiem wyleczył kilkadziesiąt kobiet z wymienionego cierpienia. Od r. 1876 używa w tym samym celu jako pomocniczego środka ruchu, także przez siebie wynalezionego, a zwanego oddalaniem kolan przy wzniesionych krzyżach (*Kniethcilung unter Kreuzbeinhebung*) oraz trzepania (*Tapotement*) okolicy lędźwiowéj i krzyżowéj.

Unoszenie macicy jest zabiegiem trudnym, wymagającym wiele wprawy i koniecznie dwóch osób: lekarza ordynującego (O) i pomocnika (P.). Chora leży na sofce; barki jéj i głowa są nieco wzniesione na podłożonéj poduszce; uda trzyma mocno zbliżone do tułowia, ale kolana są od siebie oddalone i stopy tylko wolno w powietrzu dotykają się. O. siada po lewéj stronie pacyjentki z mocno rozsuniętemi nogami i w zwykły sposób wskazicielem lewym wsuwa macicę do pochwy jak najwyżéj, wprowadzając ją równocześnie w przodopochylenie, jeżeli przedtém ku tyłowi przegiętą była; palce zaś ręki prawéj prowadzi przez powłoki brzuszne jak najgłębiéj pod spojenie łonowe, tak aby się dotykały wskaziciela lewego umieszczonego na okolicy ujścia wewnętrznego macicy. P. stawia nogę swoją prawą między nogi O. a lewém kolanem klęka na sofie na zewnątrz prawéj nogi pacyjentki; tułów jego wpada więc w przestrzeń między kolanami choréj, która je obecnie nieco zbliża ku biodrom P., tak iż tenże pochylając się ku przodowi na tych kolanach oprzeć się nieco może. Teraz wsuwa P. obie swe ręce w mocnéj supinacyi obok siebie ułożone po prawéj ręce O. jak najgłębiéj pod spojenie łonowe choréj, podczas gdy O. rękę swoją powoli usuwa; w ten sposób ujmuje P. trzon macicy w swe palce, które nieco ku wewnątrz przegina. Aby mu się to dokładnie udało, powinien P. koniecznie mocno ku przodowi się przechylić, tak aby głowa jego do głowy choréj się zbliżyła; tylko w takiéj pozycyi może swojemi rękami płasko na brzuchu choréj ułożonemi macicę dobrze utrzymać, odnóg swych górnych wcale nie zginając. Powoli prostuje teraz P. swój tułów, przyczém ręce jego w powłoce brzusznéj od spojenia łonowego ku pępkowi się posuwają i macicę w górę unoszą. W przypadkach wielkiego opadnięcia można macicę tym zabiegiem aż do okolicy pępka podnieść, to jest o tyle wyżéj, o ile poprzednio niżéj leżała, ale podczas całéj téj czynności powinien O. śledzić wyraz twarzy choréj, a gdyby spostrzegł, że ta uczuwa znaczniejszy ból, dalsze unoszenie natychmiast przerwać należy; zwykle nie skarżą się chore rozsądne na ból podczas tego zbiegu, bo skoro otoczenie macicy mocno już naprężone zostało, wysuwa się ona obecnie powoli z pod rąk. W przypadkach unoszenia macicy po wyleczoném tyłozagięciu bez równoczesnego obniżenia nie wolno macicy wysoko unosić; w takich razach powinien O. palcem w pochwie leżącym ciągle śledzić, jak się sklepienia pochwowe zachowują, a skoro czuje, że są mocno napięte, powinien w téj chwili zawezwać pomocnika, aby macicy wyżéj nie podnosił.

Po trzechkrotném wykonaniu tego zabiegu w przerwach kilku minut przystępuje Br. do drugiego zabiegu, t. j. oddalania kolan przy wzniesionych krzyżach. Chora pozostaje na téj sofce, ale spiera się na niéj tylko piętami i łokciami, podczas gdy całym tułowiem podnosi się nieco ku górze; lekarz siedzący obok ujmuje jedną ręką jedno kolano pacyjentki a drugą ręką drugie i wzywając ją do miernego oporu oddala te kolana od siebie a następnie zbliża je ku sobie; ruch ten powtarza się trzy razy. Śród tego kurczą się silnie mm. przywodzące uda a wraz z niemi obydwa *levatores ani*, tworzące, jak wiadomo, przeponę miednicy mięsistą, na któréj szyja macicy prawidłowo ku przodowi pochylonéj spoczywa. Tak podczas tego ruchu jak i podczas unoszenia macicy uważać trzeba na chorą, aby oddechała swobodnie otwartemi ustami i nie używała tłoczni brzusznéj. Po tém wszystkiém każe Br. choréj leżeć kilkanaście minut na brzuchu, a skoro się podniosła, robi t. zw. *tapotement*, t. j. trzepie lekko ręką w pięść zwiniętą okolicę lędźwiową i krzyżową, celem wzniecenia silniejszego przypływu krwi do miednicy i ożywienia nerwów dochodzących do narządów miednicy. Takiéj używa Br. terapii w przypadkach obniżenia i wypadnięcia macicy, powtarzając ją przez 14 dni, aczkolwiek zwykle już po kilku wizytach macica pozostaje w prawidłowém położeniu; że ten sposób leczenia wydaje rezultaty trwałe, dowodzą nietylko protokoły Brandta, ale i doniesienia tych, którzy sami go używali, jak np. Preuschena, Profantera, Skutscha, Saifarta i wreszcie Dra Stroynowskiego (Przegląd Lek. Nr. 37 z b. r.). Dodać jednak muszę, że nie we wszystkich przypadkach metody téj użyć można; u kobiet mających bardzo grube powłoki brzuszne, jakotéż u kobiet bardzo starych lepiéj jéj nie próbować, a i w tych przypadkach, w których obok opadnięcia macicy śródkrocze jest głęboko i aż do *rectum* przedarte, wynik kuracyi bywa mniéj pewny, bo odpada działanie dźwigaczów odbytu.

Przedstawiwszy w ogólnych zarysach tak metodę Brandta jak i jéj zalety, nie mogę pominąć stron ujemnych, które, zdaniem mojém, nie mało utrudnią wprowadzenie jéj w powszechne użycie: nie da się ta metoda zastosować u kobiet z grubemi i bardzo niepodatnemi powłokami brzusznemi, wymaga od lekarza wiele bardzo wprawy, i nie mało pracy fizycznéj; wymaga zwykle poświęcenia każdéj pacyjentce dużo czasu, bo we wszystkich przypadkach aż do wyleczenia wizyty muszą być codzienne, a każda trwa przynajmniéj 15 do 30 minut; że tu niemile częstokroć w praktyce prywatnéj wkraczać może kwestyja honoraryjum, o tém rozwodzić się nie potrzebuję; w wielu przypadkach wreszcie (*retroflexio*, *descensus*, *prolapsus ut.*) konieczną jest pomoc drugiego lekarza, na co niejedna pacyjentka zgodzić się nie chce. Ujemne te strony prócz pierwszéj odpadają w klinikach i w praktyce szpitalnéj, po największéj części przeszkadzają tylko w praktyce prywatnéj, mimo to jednak na podstawie osobistego przekonania się o rzeczywistych i wielkich zaletach metody uważam za obowiązek zachęcić czytelników do pracy w kierunku, o którym mowa, choćby z modyfikacyją, jakiéj prof. Schauta i Dr. Saifart używają: raz sprostowawszy macicę, która była ku tyłowi przegięta, zakładają krążek, przez co

unikają potrzeby codziennego prostowania i unoszenia macicy. Brandt potępia to odstępstwo od jego zasad, ja sądzę, że ze względów praktycznych nie raz z niém zgodzić się będzie potrzeba, — ale poza tą jedną kwestyją nie odważyłbym się wprowadzać jakichkolwiek innych zmian w system, którego skuteczność Br. przez lat 28 wyprobował. Schauta, zdaniem mojem, bardzo słusznie upatruje główną przyczynę zdyskredytowania masażu w ginekologii właściwie w téj okoliczności, iż dotychczas nie była znaną p e w n a metoda, jak postępować, ale każdy masujący próbował po swojemu, każdy prawie odmiennie, ztąd też i tak rozmaite rezultaty leczenia. Dziś znaną jest pewna, wypróbowana metoda, trzymać się jéj zatém należy. Zachęcając do pracy tą metodą, przestrzedz wreszcie muszę przed zniechęceniem i niewczesną krytyką; raz, drugi raz może się leczenie nie udać, bo ono wymaga prócz stosownego rozpoznania wiele wprawy i ćwiczenia, ale trochę dobréj woli i czasu a wprawy się nabędzie i rezultaty leczenia będą pomyślne; co się tyczy krytyki, to powtórzę często bardzo przez Th. Brandta wygłaszane zdanie: chcesz wartość metody sprawiedliwie ocenić, to wykonaj rzecz najpierw zupełnie dokładnie.

IV. Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym, wywołane cierpieniem cewki.

Skreślił Dr. M. Misiewicz,
właściciel lecznicy miasta Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

W tych dwóch właśnie opisanych przypadkach mamy do czynienia z trudnością w oddaniu moczu, lecz prócz tego pozornego podobieństwa nie mają one nic ze sobą wspólnego. W przypadku VIII chory oddaje mocz z pewnym wysiłkiem, gdyż odpływa on cienkim strumieniem a potém wydziela się kroplami przez pewien czas, lecz potém te objawy ustępują aż do następnego moczenia. Przytém trwa ciągle parcie a nigdy nie było zupełnego wstrzymania moczu. W nocy zaś tak parcie jakoteż wydzielanie moczu ustępuje i chory nie czuje żadnych dolegliwości. Mamy tu więc do czynienia ze s k u r c z e m z d z i e r g a c z a wywołanym na drodze zwrotnéj, wskutek przewlekłego cierpienia części błoniastéj i krokowéj, które udało się stwierdzić badaniem za pomocą wziernika. W przypadku zaś IX odpływ mimowolny moczu występował tak we dnie, jak i w nocy, chory mógł oddawać mocz tylko przy użyciu pewnego wysiłku (tłoczni brzusznéj), lecz nie skarży się na bolesne parcie. Obok atonii kiszek mamy tu także zwątlenie odbytnicy, stolce leniwe, zastoiny kałowe i upośledzone odżywianie ogólne; oprócz tego wystąpiło raz zupełne wstrzymanie moczu i okazała się potrzeba wydalenia moczu cewnikiem. Wszystkie te objawy przemawiają za p o r a ż e n i e m w y p i e r a c z a, lecz niezależném od rozpoczynającego się lub rozwiniętego wiądu mlecza, gdyż nieznalazłem żadnego objawu, któryby za tym wiądem przemawiał. Ponieważ i w tym przypadku objawy wystąpiły po rzeżączce, obok zwężenia cewki i objawów atonii odbytnicy, uważać więc możemy związek ich z powyższemi cierpieniami za prawdopodobny, a to na drodze zwrotnéj, wskutek zmian nieżytowych w obrębie cewki, wywołującym inne wyżéj opisane nerwice, lub też z ucisku, jaki miał miejsce w przypadku VIII ze strony ropni okołocewkowych i smug bliznowatych, a w przypadku IX ze strony obrzęku ciał jamistych opuszki i ucisku na składniki nerwowe tkanką bliznowatą, w miejscach zwężonych. W obydwu zaś przypadkach stwierdziłem nadczułość części krokowéj i ogólne zdenerwowanie, usposabiające do chorób nerwowych, obok odpowiednich danych z anamnezy (samogwałt lub rzeżączka). Prócz tego przemawiały za pochodzeniem nerwowém w obydwu przypadkach zbytnia pobudliwość mięśnia zdziergacza cewki, nieregularne zjawianie się objawów i znikanie ich bez wyraźnéj przyczyny. W przypadku VIII mamy nadto do czynienia ze s k u r c z e m p i e r ś c i e n i a m i ę ś n i o w e g o c e w k i, wskutek czego, nawet po zupełnem wypróżnieniu pęcherza zatrzymuje się w cewce cokolwiek moczu, który następnie wycieka z niéj po rozluźnieniu podległych skurczowi włókien mięsnych. Objaw ten, nazwany przez Ultzmanna *Nachträufeln* można objaśnić w ten sposób, iż np. z rurki szklanéj na jednym końcu zalutowanéj płyn się nie wysączy, lecz wypłynie niezwłocznie z rurki miękkiéj, np. gumowéj; tak samo i tu, póki włókna mięśniowe są w stanie naprężenia, dopóty płyn nie odpływa; lecz wydziela się dopiero po zluźnieniu tychże włókien. Skurcz zdziergacza pęcherza przedstawia tylko silniejszą odmianę powyższego objawu, lecz występuje zawsze z parciem na mocz i utrudnionêm oddawaniem moczu, który wycieka z początku cienkim, potém grubszym strumieniem, a w końcu moczenia wydziela się kroplami. Spostrzegałem przypadki tak silnego skurczu zdziergacza, że mocz wydzielał się nieinaczéj, jak po wstrzyknięciu podskórném morfinu. Sąto właśnie te postacie chorobowe, które dawniéj nazywano zwężeniem skurczowém, a przy błędném rozpoznawaniu przystępowano nieraz do wykonania cięcia cewki, gdy niespodziewanie, po uśpieniu, udawało się bez trudności wprowadzenie grubego cewnika do pęcherza. W ogóle skurcz zdziergacza wewnętrznego jest zjawiskiem bardzo częstém w cierpieniach błoniastego lub krokowego odcinka cewki, powstaje często na drodze zwrotnéj a mechanizm téj nerwicy jest podobny do spostrzeganego przy guzach, szczelinach i nieżytach odbytnicy, lub obrzękach i przerostach szyi macicznéj. Nie ulega też wątpliwości, że i w danym przypadku (VIII) powstały obydwa skurcze, tak mięśnia cewkowego jako i zdziergacza pęcherza, na tle ogólnéj, podnieconéj wrażliwości, wskutek nacisku wrzodzików okołocewkowych, i zmiany ziarnistéj błony śluzowéj cewki, wzgl. przekrwienia i nadczułości splotów nerwowych w okolicy główki koguta lub w obrębie odcinka wrażliwego cewki.

Objawy porażenia wypieracza są tylko pozornie podobnemi do postaci wyżéj opisanéj. Słabe odmiany tego porażenia spotykałem często i u zdrowych, którzy, w ciągu 24 godzin, tylko dwa razy uczuwali potrzebę oddania moczu. Przypominam sobie chorego z żylakami odbytnicy, który tylko raz na dobę oddawał mocz. Przy badaniu wypuściłem miękkim cewnikiem Nélatona około litra przeźroczystego moczu; pęcherz, który przedstawiał się z początku w postaci wydatnego chełboczącego guza, opróżniał się przytém powoli, leniwie, a chory skarżył się na uczucie pełności w jamie brzusznéj i powolne oddawanie moczu. Po zastosowaniu zimnych obmywań i półkąpieli, zaleciłem choremu nawykanie do ile można częstszego oddawania moczu, nadto zastosowałem prąd elektryczny przerywany; wkrótce też parcie i uczucie pełności ustępowało w miarę częstszego opróżniania się pęcherza i wzmocnienia wypieracza. Wydaje mi się prawdopodobném przypuszczenie, że czasowy obrzęk odbytnicy i nacisk wywołany żylakami może sprowadzać czasowe porażenie wypieracza na drodze zwrotnéj. W podobny sposób i na téjże drodze powstać mogło i porażenie wypieracza w przypadku IX, a wywołane zostało uciskiem obrzękłego ciała jamistego

opuszki i tkanką bliznowatą, powstającą w zwężonych miejscach cewki, a uciskającą zakończenia nerwów, w bliskości miejsc wywołujących nerwice ruchowe.

Niedostateczność mięśni pęcherza, powstającą na drodze zwrotnéj, odróżnić należy od zaniku włókien mięsnych, towarzyszącego wiądowi rdzenia lub wiądowi starczemu. Natężenie niedostateczności bywa rozmaitém, i aby się przekonać o jéj stopniu każę choremu wydalić mocz, o ile to jest w jego mocy, następnie cewnikiem wydalam resztę moczu pozostałego w pęcherzu, a ilość tego płynu jest miarą niedostateczności pęcherza. Główną przyczyną niedostateczności jest porażenie wypieracza, lecz czasami łączy się ono z jednoczesném porażeniem lub przynajmniéj osłabieniem działalności zdziergacza, w jaki więc sposób odróżnić te postacie?

Rozpoznawanie opieramy w takim razie na następujących objawach: przy porażeniu zdziergacza mimowolne wydalanie moczu występuje niezwłocznie wskutek niedostatecznego zamykania pęcherza; przy porażeniu zaś wypieracza, to mimowolne wydalanie występuje dopiero w późniejszych okresach, gdyż wskutek możności zdziergacza, wzgl. dostatecznego zwierania się szyjki, mocz wydzielać się zacznie dopiero po silném wypełnieniu pęcherza, tak jak z naczynia, pełnego po brzegi, do którego dolejemy jeszcze cokolwiek płynu. Powtóre, przy porażeniu zdziergacza mimowolne wydalanie moczu występuje częściéj we dnie, a to wskutek pionowego położenia ciała, a zatém zwiększonego parcia płynu na zdziergacz. Przy porażeniu wypieracza położenie ciała nie ma wpływu, lecz zato występuje często zupełne wstrzymanie moczu, które bardzo rzadko napotykamy przy osłabieniu zdziergacza. Zatrzymanie takie powstaje wskutek nacisku słupa moczu na szyjkę pęcherza, zboczeń w krążeniu krwi naprzód w części krokowéj cewki, a następnie w szyi pęcherza, wysięku i obrzęknięcia téj ostatniéj, słowem tych objawów zapalnych, które wywołać mogą zupełną niezdrożność pęcherza. Przy porażeniu wypieracza pęcherz wyczuwamy w postaci chełboczącego guza, który przy nacisku sprawia parcie na mocz, a wypuk pokazuje stępienie odgłosu na kilka poprzecznych palców nad spojeniem łonowém; przy porażeniu zaś zdziergacza nigdy pęcherza wypełnionego moczem wypukać lub wymacać nie można, gdyż osłabienie siły tego mięśnia nie może podołać naciskowi większéj ilości moczu, który téż potrochu odpływa mimowolnie. Przy porażeniu wypieracza a możności zdziergacza, cewnik wchodzi do pęcherza z trudnością i sprawia uczucie bólu, przeciwnie zaś przy porażeniu zdziergacza cewnik odrazu wchodzi do pęcherza bez oporu i bólu; w pierwszym przypadku znajdujemy obficie nagromadzony w pęcherzu mocz, w drugim zaś mało albo i wcale go nie ma.

W przypadkach, gdzie obydwa mięśnie są porażone wątek rozpoznawczy jest trudniejszym, i dopiero co opisane typowe objawy dla każdego z nich nie są tak widocznemi. Jeśli w takim przypadku wprowadzimy cewnik do pęcherza w leżącéj pozycyi chorego, to zauważymy, iż płyn odchodzi z początku dosyć silnym strumieniem, potém słabiéj, kroplami, i tylko przy nacisku tłoczni brzusznéj lub przy kaszlu wydzielają się większe ilości moczu; strumień znowu słabnie, i mocz sączy się powoli, pojedynczemi kroplami, jak z rynny; jeśli wtedy naciśniemy podstawę pęcherza ręką, lub leżącą pozycyę zamienimy na stojącą, spostrzeżemy, że pęcherz nie był w zupełności opróżniony, i że większe lub mniéjsze ilości moczu zostają jeszcze z niego wydalane.

Przypuściwszy pochodzenie zwrotne opisanych tych nerwic, wywołane chorobą części krokowéj cewki lub uciskiem na zakończenia nerwów, usadowione w odcinku jéj, wywołującym łatwo nerwice ruchowe, objaśnić nam wypada mechanizm ich mięśniowy i drogi, któremi one atakują sploty i mięśnie pęcherza moczowego. Wspominałem niejednokrotnie, że mechanizm ten przypomina powstawanie nerwic wywołanych przez odbytnicę. Wiadomém jest, iż operacyje wykonywane na odbytnicy wywołują często zupełne wstrzymanie moczu; znanym téż jest fakt, iż w niektórych przypadkach mocz odchodzi tylko razem z oddaniem kału, a objawy te zależą od wspólnego przebiegu i skrzyżowania się włókien obydwóch zdziergaczy, tj. pęcherza i odbytnicy. Nerwy pęcherza i odbytnicy pochodzą z jednego źródła, gdyż *n. haemorrhoidalis med et infer.* (od n. sromnego) wychodzą ze splotu krzyżo-ogonowego, unerwiają dolny odcinek pęcherza moczowego wraz z jego zdziergaczem, oddają téż liczne włókna do zdziergacza odbytnicy (zewnętrznego i wewnętrznego) a u kobiet do pochwy. Z drugiéj znów strony wypada mi wskazać bliski związek części błoniastéj i krokowéj cewki z szyjką pęcherza, wzgl. z jéj zdziergaczem. Część błoniasta cewki, jak wiadomo, zaczyna się za opuszką, przebija powięź międzykrocza, idzie łukowato ku górze i ku tyłowi, aby się złączyć z częścią krokową, zbudowana zaś jest z cienkiéj delikatnéj błony śluzowéj, i wąskiego pierścienia mięśniowego, pokrywającego jéj ciała jamiste. Ten pierścień mięśniowy składa się z trzech części, zwanych mięśniami: Müllera, Wilsona i Gondrie, i stanowi mięsień zdziergacz cewki lub zdziergacz zewnętrzny. Część krokowa cewki jest szerszą od błoniastéj, z którą tworzy kąt rozwarty, idzie łukowato ku górze i przodowi, a naprzeciw spojenia łonowego łączy się z pęcherzem, otoczona gr. krokowym, który w podstawie dotyka z jednéj strony pęcherza, a z drugiéj części błoniastéj. W tym obrębie, gdzie otwierają się przewody wytryskowe, gdzie leży pęcherzyk krokowy i główka koguta, spotykamy właśnie liczne gałązki i zwoje nerwowe, pochodzące również ze splotu sromnego, i komunikujące ze splotami szyi pęcherza moczowego i odbytnicy. Pierścień mięśniowy, otaczający część krokową, jest tylko przedłużeniem pierścienia mięśniowego części błoniastéj, i przechodzi bezpośrednio na szyjkę pęcherza a nawet na sam pęcherz, widzimy więc, że mięśnie cewki łączą się ściśle z mięśniami pęcherza. Aby się o tém przekonać, należy wysuszyć i nadąć pęcherz moczowy, razem z sąsiednim odcinkiem cewki, wtedy uwydatni się doskonale stosunek pierścienia mięśniowego cewki do zdziergacza pęcherza, a łatwo téż spostrzedz warstwy mięśniowe, wkraczające z trójkąta Lieutauda do części krokowéj, w któréj się plączą i krzyżują z włóknami jéj mięśniowemi, tworząc razem pokład mięśniowy, stanowiący przedłużenie muskulatury pęcherza. Dla tego téż trudno rozstrzygnąć, czy część krokowa stanowi przedłużenie pęcherza moczowego, czy na odwrót, trójkąt Lieutauda należy do krocza. Wyrażenie „szyjka pęcherza“ ma jednak ważne praktyczne znaczenie. Jest ona zawarta między zdziergaczem cewki na zewnątrz a zwieraczem pęcherza na wewnątrz, i jakkolwiek te mięśnie mają bardzo wiele wspólnego, siła ich jednak i opór są niejednakowe: zwieracz cewki ustępuje tak wewnętrznemu naciskowi (mocz) jako téż wstrzykiwanym zewnątrz płynom, lecz tylko przy udziale woli, podczas gdy zdziergacz pęcherza ustępuje już małemu naciskowi płynów tak z pęcherza jako téż z saméj cewki wytryskujących (np. nasienie przy obrączkowych zwężeniach). Płyn wstrzyknięty do cewki bez cewnika dochodzi do jéj zdziergacza, gdy napotyka silny opór ze strony tego mięśnia i wypływa na zewnątrz; przeciwnie zaś płyn, który

bądź z pęcherza, bądź jako wydzielina chorobowa z cewki (ropa, krew) dostał się po za zdziergacza téj ostatniéj, nigdy nie wychodzi z cewki, lecz zatrzymuje się w części krokowéj, lub idzie w kierunku mniejszego oporu ze strony zdziergacza pęcherza, tj. do pęcherza moczowego. Tym sposobem dostają się do moczu ropa z ropni krokowych, wydzieliny zapalne cewki, wynaczynienia; tymże sposobem ropienie za zdziergaczem cewki nie objawia się wydzieliną na zewnątrz, lecz skupia się w części krokowéj cewki, dostaje się do pęcherza wywołując w nim odpowiedni odczyn, (uciążliwe parcie, bolesne moczenie, skurcze mięśni pęcherzowych) lub dostaje się do przyjądra itd. Nadmienię tu jeszcze o spostrzeżeniu, które niejednokrotnie uczyniłem, że dostateczném jest za pomocą prądu elektrycznego wywołać skurcz w odbytnicy, aby się tenże udzielił nietylko pierścieniowi mięśniowemu tylnego odcinka cewki ale i mięśniom pęcherza.

Gdy już wykazałem ścisły związek między mięśniami cewki, a mięśniami pęcherza, i drogi, któremi nerwice zwrotne z pierwszéj pochodzące przechodzić mogą na pęcherz, uważam za możliwe twierdzić, iż zmiany ustrojowe w cewce lub odbytnicy, guzy w tych narządach jakiegobądź pochodzenia, sprowadzające nacisk, nieżyty, szczeliny i blizny po nich powstałe, wreszcie ciała obce lub pasorzyty wywołać mogą objawy zwrotne w mięśniach pęcherza, jako to skurcze lub nawet porażenia, które słusznie zasługują na miano skurczów i porażeń zwrotnych (*Spasmus sphincteris interni reflectorius*, *Paresis detrusoris reflectoria*) bądź to na drodze ucisku (*Druckneurose*) bądź téż podrażnieniem splotów cewki przez zmiany i produkty nieżytowe. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Osler (Filadelfija): **O dziedzicznym obrzęku nerwico-naczyniowym.**

Pod nazwą ostrego miejscowego obrzęku opisano chorobę cechującą się nagłém wystąpieniem mniéj lub więcéj rozległych obrzęków na rozmaitych miejscach ciała o przemijającém trwaniu. Autor spostrzegał trzy przypadki téj choroby, które przemawiają za jéj dziedzicznością. Cechy téj choroby są: 1) Rozwijanie się miejscowych opuchlinowych obrzmień na różnych miejscach ciała: na twarzy, rękach, ramionach, sromie, pośladkach, gardle. W jednym przypadku a może i w drugim skończyła się choroba śmiercią w skutek obrzęku głośni. 2) Oprócz obrzęków występowały zaburzenia żołądkowe i jelitowe, kolki, nudności, wymioty, a czasem i biegunka. 3) Choroba okazywała dążność do dziedziczności, albowiem zostały dotknięte osoby téj saméj rodziny w 5ciu pokoleniach. Patogenezy téj choroby dotychczas nie wyjaśniono jeszcze dostatecznie. Przypuszczenie Quinkego, że chodzi o nerwicę naczynioruchową, pod którój wpływem naczynia stają się więcéj przepuszczalnemi, jest najwięcéj prawdopodobném. (*Inter. klin. Rundschau*, 1888, Nr. 27).
Dr. R. Spira.

(*H. K.*) W Archiwie Virchowa tomie 107 opisuje Velits zasługujący na uwagę guz wydobyty drogą operacyjną z jamy brzusznéj kobiety 40 lat już liczącéj; miał on się rozwinąć w ciągu 5 lat. Guz ten wielkości głowy dziecka przedstawia się jako torbiel o ścianach 3cm. grubych, zawierał masę skórzastą zmięszaną z włosami; na jednéj jego ścianie wewnętrznéj znajdował się **twór odpowiadający zupełnie sutkowi dziewiczemu**; z brodawki dawał się wycisnąć płyn do mleka podobny. Budowa anatomiczna makro- i mikroskopowa odpowiadała również budowie gruczołu sutkowego. Tuż za tym tworem wyczuć można było listewkę twardą kostną.

(*H. K.* Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego berlińskiego przedstawił prof. Gerhardt 51-letniego robotnika do tkniętego **wągrami w mózgu**. Przywieziono go do szpitala nieprzytomnego; krewni podali, że na trzy miesiące przed obecną chorobą miał mieć trzy razy kurcze w prawéj połowie ciała; przed kilkoma dniami zaczął gorączkować. Badanie przedmiotowe wykazało włóknikowe zapalenie płuc; po ukończeniu się tegoż chory nie przychodził zupełnie do siebie, był dziwaczny. Wycięcie jednego guzka w skórze wykazało wągra. Guzków takich znajdowało się najwięcéj na mięśniach pośladkowych i w zgięciu łokciowém. Z połączenia objawów: kurczów po stronie prawéj, zamięszania po zapaleniu płuc, wykazania wągrów w skórze, rozpoznaje prof. G. wągry w mózgu. W dyskusyi nad tym przedmiotem opowiada prof. Oppenheim o dwóch własnych przypadkach, w których również za życia rozpoznał wągry w mózgu, w jednym z nich istniały kurcze padaczkowe „korowe“, w drugim kurcze ogólne. W innym przypadku obraz choroby przedstawiał się jako guz nowotworowy w mózgu, przy sekcyi znaleziono pęcherz wągra. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 20).

Farmakologija.

J. Schwalbe: **O stosowaniu i działaniu nowego środka nasennego sulfonalu.**

Na podstawie doświadczeń dokonanych z tym środkiem, którego używał u 50 chorych, może autor potwierdzić spostrzeżenia Kasta (patrz refer. Przegl. Lek., 1888, Nr. 22), że sulfonal jest lekiem nasennym a nie odurzającym, t. j. iż zdoła uspokoić rozdrażnione do pewnego stopnia komórki mózgowe, ale nie działa, jeżeli zaburzenia przekraczają pewną granicę. Wyniki swoich badań streszcza S. w następujących uwagach: 1) Sulfonal jest przyjemnym lekiem z powodu braku zapachu i smaku. 2) W dawce 1—2 gramów działa jako lek nasenny w przypadkach bezsenności „nerwowéj“ z zbawienną szybkością. Gdzie bezsenność jest następstwem chwilowych bezpośrednich zboczeń organicznych, skutek tego środka jest mniéj lub więcéj niepewnym. 3) Nie wywiera żadnego wpływu na tętno, oddychanie ani na ciepłotę, przez co zasługuje na pierwszeństwo przed morfinem i chloralem w chorobach gorączkowych i wszędzie tam, gdzie grozi osłabienie serca. 4) Objawy uboczne i następowe podmiotowe są nieznaczne. Zalety, któremi sulfonal się odznacza w porównaniu z innemi środkami nasennemi są następujące: 1) Nie jest lekiem odurzającym lecz sprzyjającym, względnie sprowadzającym sen twardy, zupełnie podobny do snu prawidłowego. 2) Użycie bywa pomyślnym skutkiem uwieńczone, nawet u ludzi przyzwyczajonych do leków narkotycznych. 3) Nie ma nieprzyjemnych działań następowych nawet po dłuższém podawaniu. 4) Łaknienie, trawienie, oddech i czynności serca nie ulegają zmianie. 5) Nie sprowadza stanu odurzenia lub rozdrażnienia. 6) Zasługuje na polecenie we wszystkich nie powikłanych przypadkach bezsenności. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 25). *Dr. R. Spira.*

(*A. B.*) Constantin Paul zaleca sakcharyn jako środek przeciwgnilny w chorobach przewodu pokarmowego zupełnie nieszkodliwy i nie trujący. W dawce 0·20 nie wywołuje żadnych zaburzeń w trawieniu i posiada własności przeciwgnilne, które czynią go środkiem odpowiednim w chorobach jamy ust, żołądka i może także dróg moczowych. (Posiedzenie *Académie de médecine* 10/7 1888).

(*H. K.*) W ambulatoryjum szpitala Elżbiety w Petersburgu doświadczał Lunin **naftalinu** na wielkiéj liczbie chorych dzieci, i doszedł do przekonania, że naftalin działa bardzo dobrze przeciw biegunkom, w których nie ma skłonności do wymiotów. Dzieci znoszą ten lek dobrze, a podaje im się 0·50 — 2·0 dziennie. Działanie jest przeciwgnilne, stolce po podaniu jego są mniéj przykréj woni. Należy go zatém uważać za cenny nabytek w szeregu leków przeciwbiegunkowych, które w ogóle u dzieci podawać można. (*Wracz*).

Choroby kobiece.

(*H. K.*) Na tegorocznym zjeździe akuszerów niemieckich w Hali mówił prof. Werth o **pojawianiu się chorób umysłowych po operacyjach na częściach płciowych u kobiet.** Na 300 przypadków przez W. operowanych wystąpiły w 6 po nich

choroby umysłowe, między niemi 5 razy, melancholija) operacyje, jakie na tych 6 chorych wykonano, były: wyłuszczenie całkowite macicy, laparotomije i kastracyja. Trzy chore były dziedzicznie obciążone; czas rozwoju choroby był u nich różny, u jednych pierwéj, u drugich późniéj wystąpiła. Trzy chore wyzdrowiały zupełnie, jedna chora pozbawiła się sama życia, dwie są dotychczas nieuleczone. Trzy chore znajdowały się w okresie pokwitania; w żadnym z tych 6 przypadków nie używano jodoformu albo tylko w bardzo małych ilosciach, tak że o zatruciu jodem ani myśleć nie można. (*Wiener klin. Woch.* 1888. Nr. 13).

(*H.K.*) Schwarz: **O wpływie bromku sodu na nieprawidłowe miesiączkowanie.** U 46 letniéj kobiety, u któréj po pierwszym porodzie zaczęły pojawiać się regularne dotąd miesiączki w nieprawidłowych bardzo częstych okresach, i u któréj z powodu różnych chorób (jak przewlekłe zapalenie macicy, polip macicy, wypocina okołomaciczna a nawet rak) różne było i leczenie, wystąpiły z powodu znacznéj już utraty krwi bicie serca, dusznica sercowa, ból głowy połowiczy, a przed dwoma laty niedające się zewnętrznemi środkami usunąć swędzenie i kłucie w skórze. Przeciwko ostatniemu cierpieniu widział się S. zmuszonym podać lek wewnętrznie i obrał bromek sodu i ku wielkiemu swemu zdziwieniu spostrzegł, że lek ten nietylko korzystnie działa na chorobę skóry ale i na okresowość w miesiączkowaniu, które stało się od tego czasu regularniejsze i trwało tylko kilka dni. Objawy wszystkie następowe wyżéj wymienione ustąpiły równocześnie. (*Wiener med. Blätter* 1888. Nr. 23).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

(*H. K.*) Voigt (Hamburg) podaje, że szkody, o jakich mówią przeciwnicy szczepienia, nie są wcale tak znaczne; na 1.200,000 pierwszy raz i 1 milion powtórnie szczepionych umarło zaledwie 85 dzieci. Gorączka występuje wprawdzie niekiedy po szczepieniu, ale jest prawie zawsze niska; autor widział różne po niém wysypki; wszystkie nieszkodliwe (pokrzywkę, plamy, wysypkę odrową). Jeżeli się szczepi krowiankę prawdziwą czystą, **szkody ze szczepienia** mogą być bardzo małe. Kiłę można w obec niéj zupełnie wykluczyć, prawdziwéj grużlicy po szczepieniu nikt, zdaniem V., nie widział, trąd u nas nie wchodzi w rachubę, róży nie należy się obawiać. To, co niektórzy jako różę po szczepieniu opisują, nie jest, zdaniem V, prawdziwą różą, bo występuje dopiero w 10—12 dni po szczepieniu, prawdziwą jest ona wtedy, gdy występuje w 2—3 dni po szczepieniu. W r. 1883 było w Niemczech 11, w r. 1884 8 przypadków śmierci z prawdziwéj róży po szczepieniu. Sam ją widział zaledwo parę razy. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 28).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 listopada. „*Czas*“ z d. 15 października podaje następującą wiadomość:

„Na propozycyję Wydziału krajowego polecił Sejm na odroczonéj sesyi ubiegłego roku utworzenie komisyi opieki nad obłąkanymi, leczonymi w krajowych zakładach. Na mocy tego polecenia utworzył Wydział krajowy dwie komisyje, jednę dla zakładu Kulparkowskiego, drugą dla oddziału obłąkanych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. W skład pierwszéj zostaną zaproszeni pp. Otton Hausner i Dr. Opolski, w skład drugiéj prof. Dr. Blumenstok i Czesław hr. Lasocki; nadto wchodzi w skład obu komisyj szef departamentu sanitarnego Wydziału krajowego. Obowiązkiem komisyi będzie czuwać nad tém, ażeby zdrowych nie zatrzymywano w zakładzie, ażeby z chorymi obchodzono się zgodnie z nauką i po ludzku, ażeby funkcyjonaryjusze zakładu pełnili swe obowiązki i ażeby służba oddziałowa była doborową. Nadto przysłużać będzie komisyjom prawo stawiania wniosków, czy nie należałoby wprowadzić jakich ulepszeń w pielęgnowaniu i utrzymywaniu chorych. Urzędowanie komisyi odbywa się w ten sposób, że dwaj pierwsi członkowie, zamieszkali we Lwowie, zwiedzają i badają zakład Kulparkowski, dwaj drudzy, jako zamieszkali w Krakowie, oddział dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza. Według uznania zaś wszystkich członków komisyi może cała komisyja zwiedzić zakład w Kulparkowie i oddział dla obłąkanych w Krakowie w czasie dla komisyi najstosowniejszym. Wszystkie swe uwagi, wnioski i żądania przedstawiać ma komisyja Wydziałowi krajowemu, który o nich zdaje sprawę Sejmowi. Czas urzędowania członków oznaczony jest na trzy lata. W razie dłuższéj słabości lub wyjazdu za granicę kraju na dłuższy czas któregobądź członka komisyi, Wydział krajowy może zamianować zastępcę do pełnienia tych obowiązków.“

Bliższéj wiadomości o komisyi téj dotąd nie mamy i dlatego ocenienie jéj wartości odkładamy na późniéj.

* Nowomianowany profesorem nadzwyczajnym chirurgii Dr. Obaliński wszedł do składu Wydziału lekarskiego.

* Na ostatniem posiedzeniu Wydział lekarski zamianował Dr. Ignacego Schaittera asystentem przy katedrze medycyny sądowéj na dalsze 2 lata, Dr. Opieńskiego asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj na rok dalszy a Dr. Udzielę asystentem 1-ym przy katedrze anatomii opisowéj.

* Dnia 24 października, w dzień po jubileuszu 300 letniego istnienia gimnazyjum św. Anny, odbył się jubileusz 25 letniéj działalności w tutejszym uniwersytecie Dra Maks. Nowickiego, profesora zoologii. Uroczystość rozpoczęła się od zebrania w auli uniwersyteckiéj pod przewodnictwem rektora, a zakończyła się obiadem składkowym, w którym wzięli udział nietylko koledzy szan. Jubilata z Wydziału filozoficznego, ale reprezentanci Akademii Umiejętności, wielu profesorów Wydziału lekarskiego, liczni lekarze a byli jego uczniowie, reprezentanci obywatelstwa itd. W licznych przemówieniach wyrażono cześć dla męża gorliwéj pracy, pożytecznéj nietylko dla nauki, młodzieży, ale i dla gospodarstwa krajowego. Jubileusz ten był znów dowodem, że społeczeństwo nasze umie cenić pracę cichą, nieubiegającą się o poklask, i że dobrowolném uznaniem wynagradza znanego ze skromności i uczynności uczonego i zacnego obywatela. Łącząc się z temi objawami czci ogólnéj, życzymy szan. Jubilatowi, aby długo jeszcze przy czerstwém zdrowiu dano mu było działać na korzyść kraju!

* Spolek lék. česk. na posiedzeniu swém z d. 22 października uchwalił jednomyślnie podziękowanie Drowi Chodounskiemu za zasługi koło *Casopisu*, i polecił podziękowanie to uroczyste ogłosić na czele numeru następnego tego pisma.

* W skład redakcyi „Časopisu lék. česk.“ wchodzą obecnie proff. Maixner i Reinsberg oraz Dr. J. Mitvalský.

* W marynarce austro-węgierskiéj po raz pierwszy mianowany został „admirał lekarz sztabowy“, odpowiadający rangą jenerał-lekarzowi sztabowemu w armii lądowéj. Pierwszym admirałem-lekarzem jest Dr. Jilek, dotychczasowy starszy lekarz sztabowy 1széj kl. w marynarce.

* Prof. Mierzejewski, wysłużywszy prawem przepisanych lat 25, został na konferencyi Akademii wybrany na dalszych lat 5.

* Prof. moskiewski Dr. Zacharjin, wezwany niedawno do Kijowa do chorego Brodzkiego otrzymał za jeden dzień pobytu honoraryjum 6000 rs. Pomimo, że mu ofiarowano drugie tyle za pozostanie przez drugi dzień, prof. Z. nie pozostał i wrócił do Moskwy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Marsylija.** Mianowani zostali profesorem anatomii patologicznéj Nepven, kliniki lekarskiéj Rouse, higijeny i medycyny sądowéj Fallot. — **Wiedeń.** Na pierwszém posiedzeniu tegoroczném Wydz. lek. pojawili się nowomianowani profesorowie zwyczajni Ebner, Puschmann i Zuckerkandl, oraz profesorowie nadzwyczajni: Stőrk, Drasche i Schrötter. Na témże posiedzeniu Wydział poruczył docentom dentystyki Steinbergerowi i Scheffowi, aby przedłożyli wnioski swoje względem urządzenia szkoły dentystycznéj.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Izak Jakób Baschkopf z Krakowa, Stefan Drzewicki z Żołyni i Maryjan Udziela z Starego Sącza.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. Bol. Wicherkiewicz. 10te Sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy za r. 1887. Poznań 1888, str. 50.

Kol. W. mocno stoi na swém stanowisku: już po raz 10ty obznajmia lekarzy i publiczność z rezultatem działalności w swoim oftalmicznym zakładzie w Poznaniu. Ze sprawozdania obecnego dowiadujemy się, że liczba chorych w r. 1887 wynosiła pokaźną cyfrę 4321. Ważną dźwignią rozwoju zakładu stanowi jego dochód. Otóż aczkolwiek dochód i rozchód w r. z. prawie były równe ($17^1/_2$ tysięcy Mrk.), jednakże niedobór z lat poprzednich

wynosił znaczną summę blizko $5\frac{1}{2}$ tys. Mrk. Pocieszającym faktem jest to, iż Sejm prowincyonalny, przychylając się do wniosku Dra W., postanowił podwyższyć zapomogę roczną zakładowi, a to tém bardziéj, że ofiarność prywatna w skutek ekonomicznego stanu kraju widocznie osłabła. Ze statystyki zakładu, przedstawionéj za lat 10, od 1877 do końca 1887, widzimy coroczny rozwój takowego: z 2 pokoi urósł do 20, z 2 łóżek do 66; w 1szém roku leczono chorych 938, wykonano operacyj 300, w 1887 leczono 4321, wykonano operacyj 416; dochód w 1877 wynosił 3342 Mrk., w 1887 — 17435. Cyfry te mówią same za siebie!

Pouczającą jest bardzo część 2ga lekarska. Znajdujemy tu opracowane tablice, które są cenne w podobnego rodzaju rocznych sprawozdaniach oftalmicznych zakładów. Wartoby, aby i inne nasze oftalm. zakłady podawały podobne statystyczne daty, któreby z czasem mogły być zużytkowane dla ogólnéj statystyki chorób ocznych w ziemiach polskich. Znajdujemy tu: 1) stosunek chorych pod względem wieku, płci i leczenia; 2) wykaz ruchu chorych i ich pochodzenia w poliklinice i klinice (prócz 66 łóżek w klinice ubogich, prywatna klinika kol. W. posiada 10 łóżek): gdy w poliklinice udzielono porady 4321 chorym, w klinice ubogich leczono 562, w prywatnej 68; 3) daléj podana liczba chorych podług miesięcy; podług narodowości; liczba ubogich chorych stałych na powiaty rozłożona; rodzaj zbadanéj łamliwości oka w stosunku do wieku i płci; poczém idzie wyszczególnienie chorób ocznych, podług przyjętego anatomicznego schematu. W tym ostatnim dziale zwróciliśmy uwagę najprzód na to, że podczas gdy niedoślep obserwowany był dość często, przypadków jasnéj ślepoty podano zaledwo kilka. Chorób dróg łzowych leczono 72; zdawałoby się to za mało wobec tego, jaką masę tych chorych spotykamy w Król. polskiem; przyczyna tego jasna: Żydów w Poznaniu leczono tylko 347. W nomenklaturze chorób powiek znajdujemy *trichinosis palpebrarum* u 3ch osób (2 m. i 1 k.), nic podobnego nie spostrzegano w Król. polskiem, wartoby było podać o tem choć parę słów.

Następnie podaje autor wykaz wykonanych operacyj, których zrobiono 416. Najwięcéj operacyj wykonano na soczewce (106), tęczówce (92), powiekach (117) i mięśniach (32). Kol. W. głównie operuje zaćmę cięciem małopłatowem z irydektomią (49), rzadziéj bez irydektomii (15); przez cięcie zwyczajne kresowe z irydektomiją operował 8 razy, bez irydektomii 7 razy; wydobywał zaćmę w zamkniętéj torebce 7 razy. Z operacyj na tęczówce najwięcéj wykonano irydektomij w celach optycznych sposobem Wicherkiewicza (26), jak równie kol. W. 41 razy zastosowywał swój sposób operowania podwinięcia powiek z wzrostem rzęs.

Nakoniec znajdujemy wynik operacyj zaćmy pod względem bystrości wzroku, podany w tablicy. W porównaniu wypisano tu bystrość wzroku u osób, którym wypłukano resztki zaćm według pomysłu autora i osób, którym komórek oka wcale nie wypłukiwano. U 23 osób, którym zrobiono wypłukanie, konstatowano prawidłową bystrość wzroku.

Z wiadomości klinicznych sprawozdania pomijamy znane z Przeglądu Lekarskiego zapalenie rąbka spojówkowego, kilka słów o leczeniu wrzodów rogówkowych połączonych z hypopion, przypominamy znany czytelnikom środek kol. W. przeciw przewlekłemu nieżytowi spojówki (*1* cz. *tannini* z *3 — 4* cz. *ac. borici*), który się téż okazał pożytecznym w zapaleniach pryszczykowych u dzieci skrofulicznych. U tych ostatnich kol. W. spostrzegał żrące działanie na spojówkę kalomelu, przy jednoczesném zażywaniu wewnątrz jodku potasu (przy jodku żelaza tego nie bywa, Hirschberg), chętnie więc w tych razach stosuje swój proszek. Wypadłą tęczówkę operowano sposobem Dra Kuhnta 2 razy; polega on na odcięciu błony, poczem brzegi jéj odprowadzają się sztylecikiem, a na powstały brak tkanki przenosi się kawałeczek wyciętéj z tegóż oka spojówki; chociaż niendało się utrzymać na miejscu przemieszczonéj spojówki, mimo to pod opaską, przy postępowaniu przeciwgnilném, brzegi rany zabliźniły się; autor więc uważa przeniesienie spojówki za zbyteczne. Obszerniéj rozpisuje się kol. W. o robieniu małéj szpary tęczówkowéj w celach optycznych, a to z własnego pomysłu odszukawszy lupą Zehendera najczystsze miejsce w rogówce, na pograniczu rog. i twardówki robi cięcie 3 — 4 mm. wynoszące, następnie wprowadza do przedniéj komórki tępy haczyk, zagina go o zwieracz, wrazie tylnych zrostów rozrywa je, i wyciągnąwszy tęczówkę na zewnątrz na haczyku odcina kawałek jéj zwieracza, lub téż wedle potrzeby przecina rozwieracz żrenicy w kierunku południka; resztę tęczówki wprowadza na miejsce kauczukowym sztylecikiem.

Po kilku uwagach o wprowadzonym przez siebie sposobie operowania wzrostu i dwurzędności rzęsów, autor poświęca ustęp operacyjom zaćm. Dzięki postępowaniu ściśle przeciwgnilnemu niemiał on ani jednego przypadku utraty wzroku. Dzięki wypłukiwaniom resztek soczewki bystrość wzroku pacyjentów znakomicie lepszą była niż w przypadkach, gdzie takowéj nie stosowano. Nie widzi on żadnéj korzyści co do wzroku w zachowaniu okrągłéj żrenicy, przekonał się o tém na tych chorych, których jedno oko operowane było z irydektomiją, a drugie bez takowéj; o kosmetykę tu nie chodzi po irydektomii, bez takowéj trudniéj oczyścić żrenicę z resztek pozostałych, a następnie mogą być skutki wypadnięcia tęczówki.

Przemieszczenia rogówek z królika na oko ludzkie wykonano w 2-ch przypadkach wedle wskazówek Hippla; rogówki, prawda przyrosły, lecz prędko zmętniały. Zawsze ta sama historyja!

W przypadkach odwinięcia powiek Dr. W. próbował téż bez skutku rady Ewerbuscha, który do pokrywania rany powiek zalecał postępowanie Thierscha, t. j. pokrywał ją wierzchniemi warstwami skóry, ścinanemi brzytwą; cieniutkie listeczki, składające się z samego przyskórka i wierzchołków brodaweczek skórnych, aczkolwiek przyrastały, jednakże nie zapobiegały skurczeniu się téj powłoki, a więc i nowemu odwracaniu się powieki. Stosuje więc kol. W. swój własny sposób, polegający na transplantacyi dużego kawałka skóry w całéj grubości, lecz bez tkanki podskórnéj.

Tyle materyjału naukowego i tyle uwag praktycznych w leżącéj przed nami broszurze kol. Wicherkiewicza! Odczytałem ją, jak zwykle, z prawdziwą przyjemnością. O ileż tak opracowane sprawozdanie naszego czcigodnego rodaka powinniśmy wyżéj stawić od wielu cyfrowych tylko sprawozdań zagranicznych oftalm. zakładów, gdzie nic nie znajdziesz prócz reklamowanego wyliczania chorób i spisu dokonanych w zakładzie operacyj.

Dr. J. Talko.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 42: Kosińskiego: Sześć przypad. wycięcia i zeszycia jelita (dok.); Jaworskiego: Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 37: Polaka: Podstawy higijeny współczesnéj; Skarbiszewkiego: O środkach zapobiegających rozprzestrzenianiu ospy naturalnéj w Warszawie; Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.); Hamona: O użyciu rur ołowianych do rozprowadzania wód (c. d.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 42: Jawdyńskiego: Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia jéj podczas porodu; Przewoskiego: Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowéj (dok.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 10: Krówczyńskiego: Profilaktyczne dążenia nowoczesnéj medycyny (dok.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 10: Srebrnego: Błonica i dławiec (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 43: Jasińskiego: Wrodzone zwichnienie kolana; Jawdyńskiego: Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia téjże podczas porodu (dok.); Bujwida: Rzadki przypadek wścieklizny. — W *Medycynie* Nr. 43: Stępniowskiego: Krowianka rodzima, humanizowana, retrowakcyna, transwakcyna; Jaworskiego: Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7go bm. o godz. 6éj wieczór **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się dyskusyja nad wykładem kol. Jordana, 2) kol. Jaworski przedstawi z kliniki prof. Korczyńskiego rekonwalescenta po resekcyi odźwiernika wykonanéj przez prof. Obalińskiego i objaśni ten przypadek szczegółami klinicznemi, 3) kol. Gluziński będzie miał odczyt p. t. Przyczynek do patologii układu mięśniowego, 4) kol. Cybulski będzie miał odczyt O ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza.

choroby umysłowe, między niemi 5 razy, melancholija) operacyje, jakie na tych 6 chorych wykonano, były: wyłuszczenie całkowite macicy, laparotomije i kastracyja. Trzy chore były dziedzicznie obciążone; czas rozwoju choroby był u nich różny, u jednych pierwéj, u drugich późniéj wystąpiła. Trzy chore wyzdrowiały zupełnie, jedna chora pozbawiła się sama życia, dwie są dotychczas nieuleczone. Trzy chore znajdowały się w okresie pokwitania; w żadnym z tych 6 przypadków nie używano jodoformu albo tylko w bardzo małych ilosciach, tak że o zatruciu jodem ani myśleć nie można. (*Wiener klin. Woch.* 1888. Nr. 13).

(*H.K.*) Schwarz: **O wpływie bromku sodu na nieprawidłowe miesiączkowanie.** U 46 letniéj kobiety, u któréj po pierwszym porodzie zaczęły pojawiać się regularne dotąd miesiączki w nieprawidłowych bardzo częstych okresach, i u któréj z powodu różnych chorób (jak przewlekłe zapalenie macicy, polip macicy, wypocina okołomaciczna a nawet rak) różne było i leczenie, wystąpiły z powodu znacznéj już utraty krwi bicie serca, duszność sercowa, ból głowy połowiczy, a przed dwoma laty niedające się zewnętrznemi środkami usunąć swędzenie i kłucie w skórze. Przeciwko ostatniemu cierpieniu widział się S. zmuszonym podać lek wewnętrznie i obrał bromek sodu i ku wielkiemu swemu zdziwieniu spostrzegł, że lek ten nietylko korzystnie działa na chorobę skóry ale i na okresowość w miesiączkowaniu, które stało się od tego czasu regularniejsze i trwało tylko kilka dni. Objawy wszystkie następowe wyżéj wymienione ustąpiły równocześnie. (*Wiener med. Blätter* 1888. Nr. 23).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

(*H. K.*) Voigt (Hamburg) podaje, że szkody, o jakich mówią przeciwnicy szczepienia, nie są wcale tak znaczne; na 1.200,000 pierwszy raz i 1 milion powtórnie szczepionych umarło zaledwie 85 dzieci. Gorączka występuje wprawdzie niekiedy po szczepieniu, ale jest prawie zawsze niska; autor widział różne po niém wysypki; wszystkie nieszkodliwe (pokrzywkę, plamy, wysypkę odrową). Jeżeli się szczepi krowiankę prawdziwą czystą, **szkody ze szczepienia** mogą być bardzo małe. Kiłę można w obec niéj zupełnie wykluczyć, prawdziwéj grużlicy po szczepieniu nikt, zdaniem V., nie widział, trąd u nas nie wchodzi w rachubę, róży nie należy się obawiać. To, co niektórzy jako różę po szczepieniu opisują, nie jest, zdaniem V, prawdziwą różą, bo występuje dopiero w 10 — 12 dni po szczepieniu, prawdziwą jest ona wtedy, gdy występuje w 2 — 3 dni po szczepieniu. W r. 1883 było w Niemczech 11, w r. 1884 8 przypadków śmierci z prawdziwéj róży po szczepieniu. Sam ją widział zaledwo parę razy. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 28).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 listopada. „*Czas*“ z d. 15 października podaje następującą wiadomość:

„Na propozycyję Wydziału krajowego polecił Sejm na odroczonéj sesyi ubiegłego roku utworzenie komisyi opieki nad obłąkanymi, leczonymi w krajowych zakładach. Na mocy tego polecenia utworzył Wydział krajowy dwie komisyje, jednę dla zakładu Kulparkowskiego, drugą dla oddziału obłąkanych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. W skład pierwszéj zostaną zaproszeni pp. Otton Hausner i Dr. Opolski, w skład drugiéj prof. Dr. Blumenstok i Czesław hr. Lasocki; nadto wchodzi w skład obu komisyj szef departamentu sanitarnego Wydziału krajowego. Obowiązkiem komisyi będzie czuwać nad tém, ażeby zdrowych nie zatrzymywano w zakładzie, ażeby z chorymi obchodzono się zgodnie z nauką i po ludzku, ażeby funkcyjonaryjusze zakładu pełnili swe obowiązki i ażeby służba oddziałowa była doborową. Nadto przysłużać będzie komisyjom prawo stawiania wniosków, czy nie należałoby wprowadzić jakich ulepszeń w pielęgnowaniu i utrzymywaniu chorych. Urzędowanie komisyi odbywa się w ten sposób, że dwaj pierwsi członkowie, zamieszkali we Lwowie, zwiedzają i badają zakład Kulparkowski, dwaj drudzy, jako zamieszkali w Krakowie, oddział dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza. Według uznania zaś wszystkich członków komisyi może cała komisyja zwiedzić zakład w Kulparkowie i oddział dla obłąkanych w Krakowie w czasie dla komisyi najstosowniejszym. Wszystkie swe uwagi, wnioski i żądania przedstawiać ma komisyja Wydziałowi krajowemu, który o nich zdaje sprawę Sejmowi. Czas urzędowania członków oznaczony jest na trzy lata. W razie dłuższéj słabości lub wyjazdu za granice kraju na dłuższy czas któregobądź członka komisyi, Wydział krajowy może zamianować zastępcę do pełnienia tych obowiązków.“

Bliższéj wiadomości o komisyi téj dotąd nie mamy i dlatego ocenienie jéj wartości odkładamy na późniéj.

* Nowomianowany profesorem nadzwyczajnym chirurgii Dr. Obaliński wszedł do składu Wydziału lekarskiego.

* Na ostatniem posiedzeniu Wydział lekarski zamianował Dr. Ignacego Schaittera asystentem przy katedrze medycyny sądowéj na dalsze 2 lata, Dr. Opieńskiego asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj na rok dalszy a Dr. Udzielę asystentem 1-ym przy katedrze anatomii opisowéj.

* Dnia 24 października, w dzień po jubileuszu 300 letniego istnienia gimnazyjum św. Anny, odbył się jubileusz 25 letniéj działalności w tutejszym uniwersytecie Dra Maks. Nowickiego, profesora zoologii. Uroczystość rozpoczęła się od zebrania w auli uniwersyteckiéj pod przewodnictwem rektora, a zakończyła się obiadem składkowym, w którym wzięli udział nietylko koledzy szan. Jubilata z Wydziału filozoficznego, ale reprezentanci Akademii Umiejętności, wielu profesorów Wydziału lekarskiego, liczni lekarze a byli jego uczniowie, reprezentanci obywatelstwa itd. W licznych przemówieniach wyrażono cześć dla męża gorliwéj pracy, pożytecznéj nietylko dla nauki, młodzieży, ale i dla gospodarstwa krajowego. Jubileusz ten był znów dowodem, że społeczeństwo nasze umie cenić pracę cichą, nieubiegającą się o poklask, i że dobrowolném uznaniem wynagradza znanego ze skromności i uczynności uczonego i zacnego obywatela. Łącząc się z temi objawami czci ogólnéj, życzymy szan. Jubilatowi, aby długo jeszcze przy czerstwém zdrowiu dano mu było działać na korzyść kraju!

* Spolek lék. česk. na posiedzeniu swém z d. 22 października uchwalił jednomyślnie podziękowanie Drowi Chodounskiemu za zasługi koło *Časopisu*, i polecił podziękowanie to uroczyste ogłosić na czele numeru następnego tego pisma.

* W skład redakcyi „Časopisu lék. česk.“ wchodzą obecnie proff. Maixner i Reinsberg oraz Dr. J. Mitvalský.

* W marynarce austro-węgierskiéj po raz pierwszy mianowany został „admirał lekarz sztabowy“, odpowiadający rangą jenerał-lekarzowi sztabowemu w armii lądowéj. Pierwszym admirałem-lekarzem jest Dr. Jilek, dotychczasowy starszy lekarz sztabowy 1széj kl. w marynarce.

* Prof. Mierzejewski, wysłużywszy prawem przepisanych lat 25, został na konferencyi Akademii wybrany na dalszych lat 5.

* Prof. moskiewski Dr. Zacharjin, wezwany niedawno do Kijowa do chorego Brodzkiego otrzymał za jeden dzień pobytu honoraryjum 6000 rs. Pomimo, że mu ofiarowano drugie tyle za pozostanie przez drugi dzień, prof. Z. nie pozostał i wrócił do Moskwy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Marsylija.** Mianowani zostali profesorem anatomii patologicznéj Nepveu, kliniki lekarskiéj Rouse, higijeny i medycyny sądowéj Fallot. — **Wiedeń.** Na pierwszém posiedzeniu tegoroczném Wydz. lek. pojawili się nowomianowani profesorowie zwyczajni Ebner, Puschmann i Zuckerkandl, oraz profesorowie nadzwyczajni: Störk, Drasche i Schrötter. Na témże posiedzeniu Wydział poruczył docentom dentystyki Steinbergerowi i Scheffowi, aby przedłożyli wnioski swoje względem urządzenia szkoły dentystycznéj.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Izak Jakób Baschkopf z Krakowa, Stefan Drzewicki z Żołyni i Maryjan Udziela z Starego Sącza.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. Bol. Wicherkiewicz. 10te Sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy za r. 1887. Poznań 1888, str. 50.

Kol. W. mocno stoi na swém stanowisku: już po raz 10ty obznajmia lekarzy i publiczność z rezultatem działalności w swoim oftalmicznym zakładzie w Poznaniu. Ze sprawozdania obecnego dowiadujemy się, że liczba chorych w r. 1887 wynosiła pokaźną cyfrę 4321. Ważną dźwignią rozwoju zakładu stanowi jego dochód. Otóż aczkolwiek dochód i rozchód w r. z. prawie były równe ($17\frac{1}{2}$ tysięcy Mrk.), jednakże niedobór z lat poprzednich

wynosił znaczną summę blizko $5\frac{1}{2}$ tys. Mrk. Pocieszającym faktem jest to, iż Sejm prowincyonalny, przychylając się do wniosku Dra W., postanowił podwyższyć zapomogę roczną zakładowi, a to têm bardziéj, że ofiarność prywatna w skutek ekonomicznego stanu kraju widocznie osłabła. Ze statystyki zakładu, przedstawionéj za lat 10, od 1877 do końca 1887, widzimy coroczny rozwój takowego: z 2 pokoi urósł do 20, z 2 łóżek do 66; w 1szém roku leczono chorych 938, wykonano operacyj 300, w 1887 leczono 4321, wykonano operacyj 416; dochód w 1877 wynosił 3342 Mrk., w 1887 — 17435. Cyfry te mówią same za siebie!

Pouczającą jest bardzo część 2ga lekarska. Znajdujemy tu opracowane tablice, które są cenne w podobnego rodzaju rocznych sprawozdaniach oftalmicznych zakładów. Wartoby, aby i inne nasze oftalm. zakłady podawały podobne statystyczne daty, któreby z czasem mogły być zużytkowane dla ogólnéj statystyki chorób ocznych w ziemiach polskich. Znajdujemy tu: 1) stosunek chorych pod względem wieku, płci i leczenia; 2) wykaz ruchu chorych i ich pochodzenia w poliklinice i klinice (prócz 66 łóżek w klinice ubogich, prywatna klinika kol. W. posiada 10 łóżek): gdy w poliklinice udzielono porady 4321 chorym, w klinice ubogich leczono 562, w prywatnej 68; 3) daléj podana liczba chorych podług miesięcy; podług narodowości; liczba ubogich chorych stałych na powiaty rozłożona; rodzaj zbadanéj łamliwości oka w stosunku do wieku i płci; poczém idzie wyszczególnienie chorób ocznych, podług przyjętego anatomicznego schematu. W tym ostatnim dziale zwróciliśmy uwagę najprzód na to, że podczas gdy niedoślep obserwowany był dość często, przypadków jasnéj ślepoty podano zaledwo kilka. Chorób dróg łzowych leczono 72; zdawałoby się to za mało wobec tego, jaką masę tych chorych spotykamy w Król. polskiem; przyczyna tego jasna: Żydów w Poznaniu leczono tylko 347. W nomenklaturze chorób powiek znajdujemy *trichinosis palpebrarum* u 3ch osób (2 m. i 1 k.), nic podobnego nie spostrzegano w Król. polskiem, wartoby było podać o tem choć parę słów.

Następnie podaje autor wykaz wykonanych operacyj, których zrobiono 416. Najwięcéj operacyj wykonano na soczewce (106), tęczówce (92), powiekach (117) i mięśniach (32). Kol. W. głównie operuje zaćmę cięciem małopłatowem z irydektomią (49), rzadziéj bez irydektomii (15); przez cięcie zwyczajne kresowe z irydektomiją operował 8 razy, bez irydektomii 7 razy; wydobywał zaćmę w zamkniętéj torebce 7 razy. Z operacyj na tęczówce najwięcéj wykonano irydektomij w celach optycznych sposobem Wicherkiewicza (26), jak również kol. W. 41 razy zastosowywał swój sposób operowania podwinięcia powiek z wzrostem rzęs.

Nakoniec znajdujemy wynik operacyj zaćmy pod względem bystrości wzroku, podany w tablicy. W porównaniu wypisano tu bystrość wzroku u osób, którym wypłukano resztki zaćm według pomysłu autora i osób, którym komórek oka wcale nie wypłukiwano. U 23 osób, którym zrobiono wypłukanie, konstatowano prawidłową bystrość wzroku.

Z wiadomości klinicznych sprawozdania pomijamy znane z Przeglądu Lekarskiego zapalenie rąbka spojówkowego, kilka słów o leczeniu wrzodów rogówkowych połączonych z hypopion, przypominamy znany czytelnikom środek kol. W. przeciw przewlekłemu nieżytowi spojówki (*1 cz. tannini z 3 — 4 cz. ac. borici*), który się też okazał pożytecznym w zapaleniach pryszczykowych u dzieci skrofulicznych. U tych ostatnich kol. W. spostrzegał żrące działanie na spojówkę kalomelu, przy jednoczesném zażywaniu wewnątrz jodku potasu (przy jodku żelaza tego nie bywa, Hirschberg), chętnie więc w tych razach stosuje swój proszek. Wypadłą tęczówkę operowano sposobem Dra Kuhnta 2 razy; polega on na odcięciu błony, poczem brzegi jéj odprowadzają się sztylecikiem, a na powstały brak tkanki przenosi się kawałeczek wyciętéj z tegóż oka spojówki; chociaż nieudało się utrzymać na miejscu przemieszczonéj spojówki, mimo to pod opaską, przy postępowaniu przeciwgnilném, brzegi rany zabliźniły się; autor więc uważa przeniesienie spojówki za zbyteczne. Obszerniéj rozpisuje się kol. W. o robieniu małéj szpary tęczówkowéj w celach optycznych, a to z własnego pomysłu odszukawszy lupą Zehendera najczystsze miejsce w rogówce, na pograniczu rog. i twardówki robi cięcie 3 — 4 mm. wynoszące, następnie wprowadza do przedniéj komórki tępy haczyk, zagina go o zwieracz, wrazie tylnych zrostów rozrywa je, i wyciągnąwszy tęczówkę na zewnątrz na haczyku odcina kawałek jéj zwieracza, lub têż wedle potrzeby przecina rozwieracz źrenicy w kierunku południka; resztę tęczówki wprowadza na miejsce kauczukowym sztylecikiem.

Po kilku uwagach o wprowadzonym przez siebie sposobie operowania wzrostu i dwurzędności rzęsów, autor poświęca ustęp operacyjom zaćm. Dzięki postępowaniu ściśle przeciwgnilnemu niemiał on ani jednego przypadku utraty wzroku. Dzięki wypłukiwaniom resztek soczewki bystrość wzroku pacyjentów znakomicie lepszą była niż w przypadkach, gdzie takowéj nie stosowano. Nie widzi on żadnéj korzyści co do wzroku w zachowaniu okrągłéj źrenicy, przekonał się o têm na tych chorych, których jedno oko operowane było z irydektomiją, a drugie bez takowéj; o kosmetykę tu nie chodzi po irydektomii, bez takowéj trudniéj oczyścić źrenicę z resztek pozostałych, a następnie mogą być skutki wypadnięcia tęczówki.

Przemieszczenia rogówek z królika na oko ludzkie wykonano w 2-ch przypadkach wedle wskazówek Hippla; rogówki, prawda przyrosły, lecz prędko zmętniały. Zawsze ta sama historyja!

W przypadkach odwinięcia powiek Dr. W. próbował też bez skutku rady Ewerbuscha, który do pokrywania rany powiek zalecał postępowanie Thierscha, t. j. pokrywał ją wierzchniemi warstwami skóry, ścinanemi brzytwą; cieniutkie listeczki, składające się z samego przyskórka i wierzchołków brodaweczek skórnych, aczkolwiek przyrastały, jednakże nie zapobiegały skurczeniu się téj powłoki, a więc i nowemu odwracaniu się powieki. Stosuje więc kol. W. swój własny sposób, polegający na transplantacyi dużego kawałka skóry w całéj grubości, lecz bez tkanki podskórnéj.

Tyle materyjału naukowego i tyle uwag praktycznych w leżącéj przed nami broszurze kol. Wicherkiewicza! Odczytałem ją, jak zwykle, z prawdziwą przyjemnością. O ileż tak opracowane sprawozdanie naszego czcigodnego rodaka powinniśmy wyżéj stawić od wielu cyfrowych tylko sprawozdań zagranicznych oftalm. zakładów, gdzie nic nie znajdziesz prócz reklamowanego wyliczania chorób i spisu dokonanych w zakładzie operacyj.

Dr. J. Talko.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 42: Kosińskiego: Sześć przypad. wycięcia i zeszycia jelita (dok.); Jaworskiego: Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 37: Polaka: Podstawy higijeny współczesnéj; Skarbiszewkiego: O środkach zapobiegających rozprzestrzenianiu ospy naturalnéj w Warszawie; Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d); Hamona: O użyciu rur ołowianych do rozprowadzania wód (c. d.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 42: Jawdyńskiego: Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia jéj podczas porodu; Przewoskiego: Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowéj (dok.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 10: Krówczyńskiego: Profilaktyczne dążenia nowoczesnéj medycyny (dok.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 10: Srebrnego: Błonica i dławiec (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 43: Jasińskiego: Wrodzone zwichnienie kolana; Jawdyńskiego: Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia téjże podczas porodu (dok.); Bujwida: Rzadki przypadek wścieklizny. — W *Medycynie* Nr. 43: Stępniowskiego: Krowianka rodzima, humanizowana, retrowakcyna, transwakcyna; Jaworskiego: Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7go bm. o godz. 6éj wieczór **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się dyskusyja nad wykładem kol. Jordana, 2) kol. Jaworski przedstawi z kliniki prof. Korczyńskiego rekonwalescenta po resekcyi odźwiernika wykonanéj przez prof. Obalińskiego i objaśni ten przypadek szczegółami klinicznemi, 3) kol. Gluziński będzie miał odczyt p. t. Przyczynek do patologii układu mięśniowego, 4) kol. Cybulski będzie miał odczyt O ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie posiedzenie d. 5 listopada w poniedziałek o godz. 6-ej wieczór w sali Akademii Umiejęt. Na porządku dziennym sprawa ważna Zjazdu balneologicznego w Krakowie, dla której uprasza się o jak najliczniejsze zgromadzenie się.

Prof. Dr. J. Kopernicki,
Przewodniczący.

Sprostowanie. Str. 555, wiersz 9ty w szpalcie lewostronnej zamiast: co mi przeszkodziło do rychłozrostu, powinno być co nie przeszkodziło do...

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 6557. **KONKURS.**

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza powiatowego w Konjicy, w Hercegowinie, z roczną płacą 1200 złr. i dodatkiem na pomieszkanie w rocznej kwocie 150 złr. rozpisuje się konkurs z terminem do dnia 20 Listopada 1888. Kompetenci zechcą w powyższym terminie wnieść należycie zaopatrzone podania w urzędzie powiatowym w Konjicy, przyczem się zauważa, że posada ta nadaną zostanie jedynie doktorowi wszech nauk lekarskich.

Oprócz powyższej płacy pobierać może lekarz powiatowy od każdej lekarskiej wizyty w obrębie miasta Konjicy, a to w dzień kwotę 35 centów, w nocy 50 centów, a poza obrębem miasta w dzień 1 złr., przyczem podwoda ma być lekarzowi bezpłatnie dostarczoną.

Dalej obowiązkiem lekarza powiatowego będzie utrzymywać domową aptekę i sprzedawać leki wedle istniejącej w Bośnii taryfy aptekarskiej.

W razie komisyj urzędowych zaliczać będzie lekarz powiatowy pobory urzędnika X rangi. Na koszta podróży może się udzielić zaliczka do 120 złr. zwrotna w 12 miesięcznych równych ratach.

Urząd powiatowy w Konjicy 26 października 1888.

Naczelnik powiatu,
Sitkiewicz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.